LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX AU QUÉBEC

LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX AU QUÉBEC

Québec

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
2e trimestre 1985
ISBN 2-550-12139-2 (édition complète)
ISBN 2-550-12053-1

BR104

Coordination : Danielle Stanton
Direction des communications

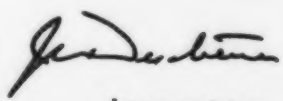
Recherche et rédaction : Yvonnick Roy
Alain Saucier
Marc-André Sainte-Pierre
Direction de l'évaluation des programmes

Soutien technique : Gabrielle Dostie
Diane Drolet
Françoise Drolet
Patricia Poulin

Cette publication du ministère des Affaires sociales veut favoriser une compréhension globale du système de santé et de services sociaux québécois. Divers documents spécialisés offrent déjà la même information de façon plus détaillée, mais leur diffusion demeure généralement restreinte. L'originalité de ce livret est donc de présenter, de manière synthétique, une vue d'ensemble de l'historique et de l'organisation actuelle de notre système socio-sanitaire.

«Le système de santé et de services sociaux du Québec» est une source d'information privilégiée pour le personnel du réseau des Affaires sociales, la population québécoise, ou les visiteurs de l'étranger. Pour obtenir des données statistiques plus détaillées, on pourra se référer à une annexe qui fait l'objet d'une publication distincte.

Je désire remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette publication. L'intérêt que vous y prendrez sera leur récompense.



Le sous-ministre

TABLE DES MATIÈRES

Le contexte historique

L'émergence d'une politique 9
L'amorce d'une réforme : les années 60 10
La réalisation de la réforme : les années 70 11
La consolidation 11
L'influence du gouvernement fédéral 12

La population

Caractéristiques démographiques 17
Caractéristiques socio-économiques 19
Les habitudes de vie 21
Caractéristiques sanitaires 23

Le système socio-sanitaire

Les fondements du système 31
Le ministère des Affaires sociales (MAS) 31
La Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) 32
Le réseau des affaires sociales 33
Les organismes communautaires 36
Les autres intervenants 36
Tableaux sur l'utilisation des services 37

Les ressources

Les ressources humaines 43
Les professionnels de la santé rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec 43
Le personnel salarié du réseau des Affaires sociales 44

Les ressources matérielles 48
Les établissements 49
Les lits et places d'accueil 49
Les ressources matérielles et la répartition géographique 49

Les coûts

Les Affaires sociales et l'ensemble des dépenses publiques 53
Les dépenses du ministère des Affaires sociales 54

Annexes

Liste des tableaux 67

Liste des graphiques 69

Liste des sigles utilisés 70

Lois administrées par le ministre des Affaires sociales 71

1

LE CONTEXTE HISTORIQUE

La politique sociale actuelle du Québec marque l'aboutissement d'une longue évolution dans les secteurs de la santé et des services sociaux. C'est bien avant 1960 que se manifestent les premières ébauches d'une volonté d'organisation en matière de santé et de bien-être social. Toutefois, dès ce moment et au cours des dix années qui suivent, plusieurs événements laissent présager la venue de changements importants qui, à partir de 1970, verront le jour.

L'émergence d'une politique

Sous le régime français et au XIX[e] siècle, le maintien et le financement des hôpitaux, ainsi que les soins aux indigents sont assumés par les municipalités, les paroisses et les communautés religieuses, grâce à des subsides gouvernementaux, des campagnes de charité et des revenus de paroisse. En plus d'administrer la grande majorité des établissements de santé et d'assistance sociale, les communautés religieuses veillent à la formation et à l'emploi du personnel para-médical et social.

Toutefois, l'administration provinciale intervient relativement tôt dans le domaine de la santé publique, avec la création, en 1834, du premier hôpital fondé par l'État et administré par des laïcs, l'Hôpital de la marine. Puis la Loi d'hygiène publique, promulguée en 1886, donne naissance au Conseil d'hygiène en 1887, qui vient en quelque sorte chapeauter les bureaux de santé municipaux. C'est le début d'une série d'interventions législatives et financières de l'État québécois.

Le Conseil d'hygiène est remplacé en 1922 par le Service provincial d'hygiène, à la suite de l'adoption de la Loi d'assistance publique de 1921 qui vise à obliger les municipalités à hospitaliser leurs indigents. Les frais sont répartis également entre le gouvernement, les municipalités et les institutions de charité.

Les unités sanitaires créés en 1926 représentent les premiers organismes de santé publique et de médecine préventive au Québec. Ils remplaceront à partir de 1930 les bureaux d'hygiène municipaux.

Le département (ministère) de la Santé créé en 1936, se voit confier la responsabilité de surveiller l'application des lois portant sur l'hygiène et la santé publiques, sur l'assistance publique, sur les aliénés et sur l'inspection des hôpitaux et des autres institutions de charité. D'autres fonctions s'ajoutent à ces dernières : voir au développement de la santé publique, coopérer avec le gouvernement du Canada pour faciliter l'application de lois fédérales de santé publique dans la province, réaliser des études scientifiques sur la santé publique et, enfin, compiler annuelle-

ment les statistiques des naissances, des mariages, des décès et des causes de décès.

Au cours de 1941, le département de la Santé devient le département de la Santé et du Bien-être social puis, en 1944, ce dernier est scindé en deux entités distinctes : le département de la Santé et le département du Bien-être social. La même année, la Loi autorisant le gouvernement provincial à établir un système d'allocations familiales et à effectuer des paiements aux familles qui ont des enfants est promulguée. Enfin, deux ans après sa création, le département du Bien-être social est remplacé par le département du Bien-être social et de la Jeunesse qui deviendra, en 1961, le ministère de la Famille et du Bien-être social.

Les années 50 constituent une période fertile pour l'avenir de la santé publique et de la sécurité sociale. Le gouvernement du Canada établit deux mesures qui auront une importance déterminante dans la réforme socio-sanitaire des années 60 : l'assistance-chômage, en 1956, et l'assurance-hospitalisation en 1957.

L'amorce d'une réforme : les années 60

Les années 60 constituent, au Québec, une période charnière dans les secteurs de la santé et du bien-être social. Les ressources humaines et physiques, les programmes et les services font l'objet d'une évolution qui traduit encore l'absence d'une vision générale des choses, donc d'une politique d'ensemble, mais certains éléments commencent à se préciser.

Un cadre législatif

Plusieurs lois promulguées durant cette décennie marqueront le développement social du Québec.

Le Parlement provincial adopte, en décembre 1960, la Loi sur l'assurance-hospitalisation. Le 1er janvier 1961, les soins hospitaliers sont gratuits au Québec, c'est-à-dire à la charge de l'État.

En 1965, la Loi sur le Régime des rentes du Québec est sanctionnée. Ainsi démarre un programme de sécurité sociale. En 1966, on adopte la Loi sur les accidents du travail et la Loi sur l'assistance médicale. Durant l'été 1969, un autre événement important survient : la mise sur pied de la Régie de l'assurance-maladie. Ce nouvel organisme doit mettre en place les mécanismes administratifs requis pour l'instauration du régime d'assurance-maladie.

Enfin, en décembre 1969, la Loi sur l'aide sociale est adoptée. Cette loi constitue un pas important vers une politique sociale d'ensemble au Québec en autorisant l'octroi de prestations d'aide aux citoyens qui sont dans l'incapacité de pourvoir seuls à leur subsistance.

Un cadre analytique

Durant les années 60, deux comités ont particulièrement influencé les orientations générales des pouvoirs publics dans le secteur du bien-être social : le Comité d'étude sur l'assistance publique (Comité Boucher) et la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay-Nepveu).

Dans son rapport de 1963, le Comité Boucher recommande que le secteur public prenne la relève des activités d'assistance sociale jusqu'alors confiées à l'Eglise, aux familles, aux individus ainsi qu'à des organismes de bienfaisance et à des groupes bénévoles.

Le Comité Boucher insiste sur la nécessité pour le Québec de se doter d'une politique économique et sociale d'ensemble qui permette une nouvelle intégration administrative des politiques relatives à la main-d'oeuvre, à l'éducation, à la santé et au bien-être social. Le ministère de la Famille et du Bien-être social ne peut apporter seul les correctifs.

Novembre 1966 marque l'institution de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social présidée d'abord par monsieur Claude Castonguay, jusqu'en mars 1970, et ensuite par monsieur Gérard Nepveu, à partir d'avril de la même année. La Commission a le mandat de faire enquête sur tous les domaines de la santé et du bien-être social.

Dans un premier temps, la Commission présente au gouvernement une conception d'ensemble de la sécurité sociale et prescrit les éléments fondamentaux du développement social : la santé, les services sociaux et la sécurité du revenu. Dans un second temps, elle définit une ap-

proche et un système socio-sanitaire qui, axés sur une philosophie sociale cohérente, façonneront entièrement l'organisation des services de santé et des services sociaux du Québec. À titre d'exemple, le passage de la conception d'hygiène publique à celle de la santé communautaire illustre bien la nouvelle philosophie dynamique et innovatrice proposée pour la distribution des services.

La réalisation de la réforme : les années 70

Les Affaires sociales constituent désormais la pierre angulaire d'une politique globale de développement social. Sous l'impulsion des mesures et des activités des années antérieures, une nouvelle stratégie de développement social surgit à l'aube des années 70.

On constate alors que la réalisation de la réforme, qui se fait pressante, ne peut s'appuyer que sur une conception d'ensemble des services sociaux, des services de santé et de la sécurité du revenu. Cette conception d'ensemble s'articule autour des moyens suivants : de nouvelles lois et des outils administratifs novateurs.

La réforme est centrée sur le nouveau ministère des Affaires sociales qui en devient en même temps le maître d'oeuvre. La Loi créant le ministère des Affaires sociales est sanctionnée en décembre 1970. Par la réunification des secteurs de la santé et du bien-être social, le législateur québécois compte mettre en place les éléments propices au développement social. Le nouveau ministère des Affaires sociales est constitué de la fusion du ministère de la Santé avec celui de la Famille et du Bien-être social.

Tout en veillant à l'intégration des deux ministères et à la restructuration des responsabilités administratives, le ministre a la tâche principale d'élaborer une politique de sécurité du revenu et de développer les mécanismes de rationalisation et de contrôle du fonctionnement des établissements de santé et de bien-être social.

À partir de ce moment, une série de lois et de règlements précisent le cadre législatif dans lequel s'insère la mission sociale. La Loi sur l'assurance-maladie, en 1970, puis la Loi sur les services de santé et les services sociaux, en 1971, définissent les grands paramètres. La première permet l'accessibilité financière par la gratuité des soins médicaux, de chirurgie buccale et optométriques ; la seconde élargit ce concept car elle sous-tend une politique d'accessibilité universelle à des soins et à des services complets, continus, complémentaires et de qualité ; l'accessibilité géographique à ces soins et services devient primordiale. En outre, cette loi vise à l'implantation d'un ensemble de services de santé et de services sociaux facilitant ainsi l'élaboration — tant au niveau local que régional — des programmes qui tiennent compte des interrelations entre les problèmes de santé, les problèmes sociaux et les difficultés économiques des citoyens.

Par la suite, on assiste à la création de l'Office des professions puis à celle de la Commission des Affaires sociales. Plusieurs lois concernant la protection de groupes de citoyens sont adoptées : Loi sur la protection de la santé publique, Loi sur la protection du malade mental, Loi sur la protection de la jeunesse et Loi assurant l'exercice des droits de la personne. Un régime d'allocations familiales est également instauré par le gouvernement du Québec à l'instar du gouvernement fédéral. À cela, il faut ajouter la Loi sur les services de garde à l'enfance et la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

En 1974, la structure administrative du ministère regroupe sept directions générales dont la Planification et la Programmation ; on vise une cohérence et une rationalité entre les divers établissements producteurs de soins constitués en un système global intégré. La planification, la hiérarchisation des établissements, des soins et des décisions, la coordination entre les divers niveaux supposent la concentration de pouvoirs.

La consolidation

Depuis quelques années, l'idée d'un ensemble intégré et coordonné, pour ne pas dire hiérarchisé, de services de santé et de services sociaux fait place à la perception d'un système socio-sanitaire complexe où plusieurs acteurs, ayant leur rationalité propre, sont en compétition les uns avec les autres. Cette vision plus réaliste de la dynamique de notre système socio-sanitaire correspond également à

une période où on entend de plus en plus souvent les termes réallocation, compression et rationalisation. Cette consolidation s'est notamment traduite par de nombreuses modifications législatives que l'on retrouve dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Loi 27).

Le ministère des Affaires sociales en est arrivé, ces dernières années, à une étape essentielle de consolidation et de rationalisation de ses interventions en matière de santé publique et de services sociaux, dans une optique de complémentarité entre établissements. La croissance des coûts de la santé, juxtaposée aux restrictions budgétaires et aux coupures de personnel dictées par la dernière crise économique, obligent le ministère des Affaires sociales à une gestion serrée des fonds publics.

Le ministère conserve l'autorité politique et administrative qui lui permet de veiller au développement des deux axes de sa politique, la santé et les services sociaux, et d'accomplir ainsi son double mandat : d'une part, élaborer et coordonner les grandes politiques et les programmes d'ensemble du développement social au Québec, et d'autre part, évaluer les services de santé et les services sociaux et s'assurer d'une distribution adéquate de ces services sur l'ensemble du territoire québécois. En fait, et surtout depuis 1981, plusieurs de ces mandats ont été confiés aux Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) qui ont vu leurs responsabilités et leurs pouvoirs s'élargir.

L'influence du gouvernement fédéral

Pour comprendre la structure des programmes sociaux en vigueur au Québec, il faut considérer le fait que le Québec, depuis 1867, est membre de la Confédération canadienne. À la différence d'un État unitaire, un État appartenant à une fédération doit partager ses champs de juridiction suivant des critères variables.

Le domaine des Affaires sociales n'échappe pas à cette règle de partage. L'Assemblée nationale, bien qu'ayant des pouvoirs très étendus en la matière, ne peut légiférer sur tout ce qui a trait aux programmes sociaux. Certains d'entre eux, comme l'assurance- chômage, relèvent du Parlement fédéral.

Sur le plan constitutionnel, deux aspects fondamentaux doivent être considérés dans les interventions gouvernementales en matière d'affaires sociales : le partage des juridictions entre les gouvernements fédéral et provinciaux et les arrangements fédéraux-provinciaux développés en marge de la Constitution.

Le partage des juridictions dans les services de santé et les services sociaux

Le gouvernement fédéral peut intervenir directement dans le domaine de la santé et des services sociaux mais de façon partielle, par le biais de certains pouvoirs portant soit sur des catégories de personnes comme les militaires, les autochtones et les jeunes délinquants, soit sur des secteurs particuliers (les quarantaines et les hôpitaux de la marine). De plus, depuis l'adoption de la Loi canadienne sur la santé (C3), il est presque en mesure d'intervenir directement dans le secteur de la santé avec toute la force des sanctions financières et le nouveau pouvoir de faire dépenser les provinces.

Les arrangements fédéraux-provinciaux

Le gouvernement canadien édicta la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les soins diagnostiques en 1957. Cette Loi garantissait le financement par le fédéral des programmes d'assurance-hospitalisation des provinces dans une proportion de 50%. Le Québec s'opposa à ce type d'arrangement et réclama plutôt un transfert de ressources fiscales. C'est pourquoi il n'adhéra au programme qu'en 1961. En 1964, le Canada offrit aux provinces la possibilité de financer les programmes d'assurance-hospitalisation et d'assistance sociale par le biais d'un transfert fiscal sous forme de péréquation. Seul le Québec se prévalut de l'offre en vertu de la Loi sur les programmes établis.

L'assurance-maladie fut à son tour l'objet d'une loi de financement. En effet, en 1966, le gouvernement fédéral fut amené à contribuer aux régimes d'assurance-maladie. Il vota la Loi sur les soins médicaux. Comme dans le cas de l'assurance-hospitalisation, le Canada assumait environ 50% des dépenses des provinces.

Depuis 1977, c'est la Loi sur le financement des programmes établis qui assure le financement de ces pro-

grammes. Toutefois, la contribution du gouvernement fédéral est maintenant calculée en fonction des coûts des programmes pour l'année de base 1975-1976. De plus, les provinces doivent toujours se conformer aux conditions de financement énoncées dans la Loi canadienne sur la santé qui remplace depuis le printemps 1984 la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les soins diagnostiques et la Loi sur les soins médicaux. De façon générale, les lois adoptées par les provinces doivent respecter les principes suivants : intégralité dans la couverture des services, universalité d'application des programmes, uniformité dans la prestation et accessibilité raisonnable aux services.

En matière de services sociaux, c'est par le truchement du Régime d'assistance publique du Canada que le gouvernement canadien contribue au financement des programmes en vigueur. Le Canada assume encore là environ 50% des coûts. En établissant certaines conditions relatives au partage des dépenses des établissements qui dispensent les services aux bénéficiaires, le gouvernement fédéral exerce une certaine influence sur la nature des services et sur leur mode de distribution.

Si les interventions du gouvernement fédéral dans le domaine des affaires sociales demeurent importantes en raison du revenu dont il dispose, les actions du Québec n'en conservent pas moins leur caractère dynamique et novateur.

2

LA POPULATION

Ce chapitre trace le portrait démographique, socio-économique et sanitaire de la population québécoise.

Caractéristiques démographiques

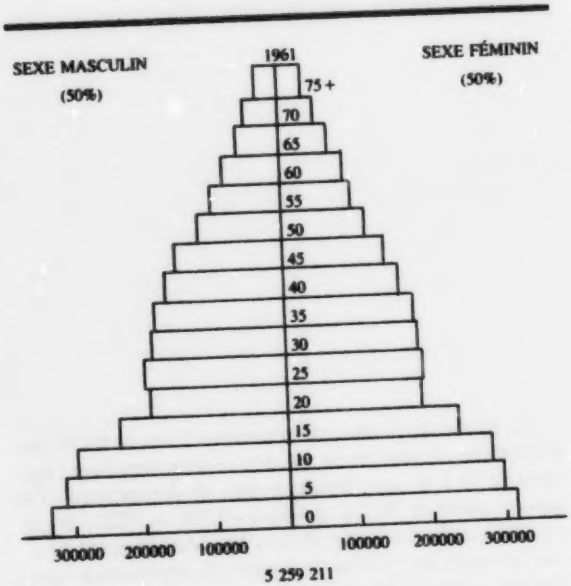
Au 1er juillet 1961, le Québec comptait 5 259 000 habitants alors que 20 ans plus tard sa population est estimée à 6 438 000, soit un accroissement de 22%. En 2001, on projette une population de 6 726 000, c'est-à-dire une augmentation de 4% en 20 ans. Ce ralentissement remarquable dans la croissance de la population a des effets directs sur la structure par âge de la population (Graphique 2.1). Il s'agit en fait d'une transformation radicale. En 1961, la pyramide des âges est celle d'une population jeune : 35% des résidents du Québec ont moins de 15 ans, 5,8% ont plus de 65 ans. En 1984, la proportion des jeunes de moins de 15 ans n'est plus que de 21,1%. Ce phénomène s'explique principalement par le fait qu'en 1961 les femmes en âge de procréer ont eu en moyenne 3,8 enfants comparativement à 1,6 enfants en 1981. Le niveau de fécondité estimé pour 1984 est de 1,5 enfant par famille.

Le rapport du nombre de personnes âgées de 0 à 14 ans et de 65 ans ou plus, sur le nombre de personnes dont l'âge varie de 14 à 64 ans, donne le taux de dépendance[1]. Ce rapport passe de 70,2% en 1961 à 43,9% en 1981*, ce qui signifie que la charge familiale a considérablement diminué en vingt ans. Enfin, le rapport de dépendance varie peu entre 1981 et 2001, passant de 43,9% à 42,7%. Toutefois, sa composition est significativement différente puisqu'en 1981 les personnes âgées de 65 ans ou plus représentaient 29% des dépendants comparativement à 43% en 2001. La population du Québec vieillit rapidement.

(1) Il s'agit ici d'un indicateur grossier qui ne tient compte ni de l'âge moyen à l'entrée et à la sortie du marché du travail, ni du niveau du chômage et de l'aide sociale, qui risquent fort d'être différents entre 1961 et 2001. Néanmoins, l'ampleur de la variation de l'indice permet d'illustrer notre propos.

* En 1984, ce pourcentage n'a pratiquement pas changé.

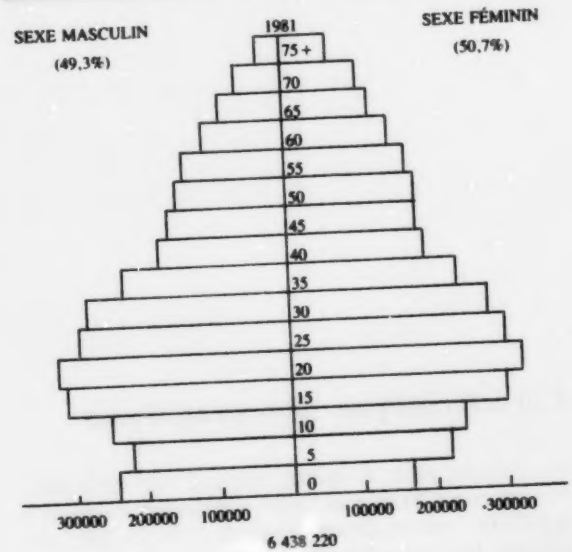
Graphique 2.1 Pyramides des âges, Québec, 1961, 1981, 2001



5 259 211

ÂGE	POPULATION (en milliers)	RÉPARTITION
0 –14	1863	35,4%
15 –64	3090	58,7%
65 et plus	306	5,8%
Total	5259	100,0%

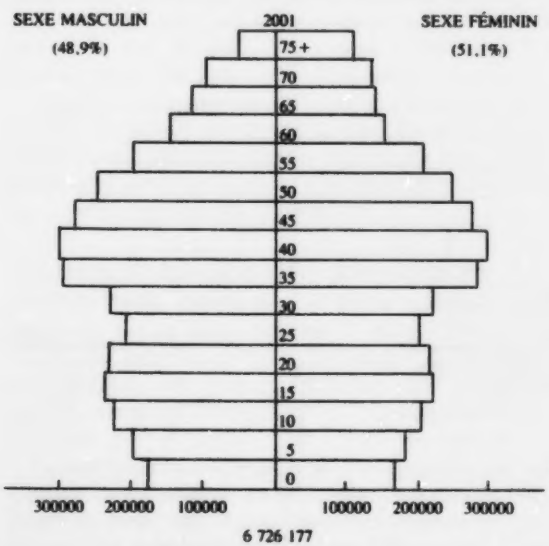
Dépendance 70,2%



6 438 220

ÂGE	POPULATION (en milliers)	RÉPARTITION
0 –14	1395	21,7%
14 –64	4474	69,5%
65 et plus	569	8,8%
Total	6438	100,0%

Dépendance 43,9%



ÂGE	POPULATION (en milliers)	RÉPARTITION
0 –14	1143	17,0%
14 –64	4715	70,1%
65 et plus	869	12,9%
Total	6726	100,0%

Dépendance 42,7%

Source : Données du recensement de Statistique Canada, 1961, 1981 et des résultats d'une projection de population à partir du modèle SUPER-POP.

Les répercussions de ces changements démographiques sur le système socio-sanitaire sont facilement imaginables. Les besoins des femmes enceintes et des jeunes enfants diffèrent nettement de ceux des adultes en âge de travailler ; de la même façon, les besoins de ces derniers sont fort différents de ceux des personnes âgées. À ce propos, la proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus atteindrait en 2001, près de 13% de la population, dont plus de 60% seraient des femmes.

Quelques particularités

Près de 80% des résidents du Québec vivent en milieu urbain, principalement dans les agglomérations urbaines de Montréal, Hull et Québec. Le reste de la population est dispersé sur un vaste territoire, peu densément peuplé, ce qui pose des problèmes d'accessibilité à des soins de santé équivalant à ceux dispensés dans les grandes villes. Un peu plus de 80% de la population est francophone, environ 11% est anglophone, le reste de la population, les allophones, fait usage d'une autre langue. Au recensement de 1981, on dénombrait 46 850 autochtones dont 85% d'Amérindiens et 15% d'Inuits. Contrairement aux Amérindiens dispersés sur l'ensemble du territoire, les Inuits québécois habitent majoritairement le Nord de la province.

Caractéristiques socio-économiques

Le revenu

En 1971, le revenu moyen était de 4 969 $, contre 12 457 $ en 1981, soit une augmentation de 125% en dix ans. En dollars constants, l'augmentation n'est toutefois que de 6%.

Il existe une différence marquée quand on considère le revenu moyen selon le sexe. En 1981, le revenu moyen des hommes est de 15 838 $ comparativement à 8 394 $ pour celui des femmes. Toujours en 1981, 16% des familles sont considérées comme des familles à faible revenu, tandis que cette proportion s'élève à 46% chez les personnes seules.

Le marché du travail

L'activité économique s'est grandement transformée durant la période 1971-1984. Par exemple, le taux d'activité chez les personnes âgées de 15 ans ou plus passe de 52,9% en 1971 à 61,5% en 1984. L'arrivée massive des femmes sur le marché du travail caractérise cette hausse. En effet, si le taux d'activité chez les hommes augmente légèrement (de 71,4% à 74,7%), celui des femmes passe de 35,0% à 49,1% en l'espace de 10 ans. Près d'une femme sur deux se retrouve sur le marché du travail. Enfin, en 1984, le chômage touche surtout les jeunes avec des taux de 20% chez les personnes âgées de moins de 25 ans et d'environ 10% pour les autres.

La scolarité

Durant la même période, la hausse du niveau moyen de scolarité de la population québécoise contribue également à changer son portrait socio-économique. En effet, en 1971, 42% des personnes âgées de 15 ans ou plus n'avaient pas atteint leur 9e année tandis qu'en 1981 cette proportion tombait à 26%. Par ailleurs, le nombre de personnes ayant fréquenté un établissement universitaire atteint 13,5% en 1981, comparativement à 9,8% dix ans plus tôt.

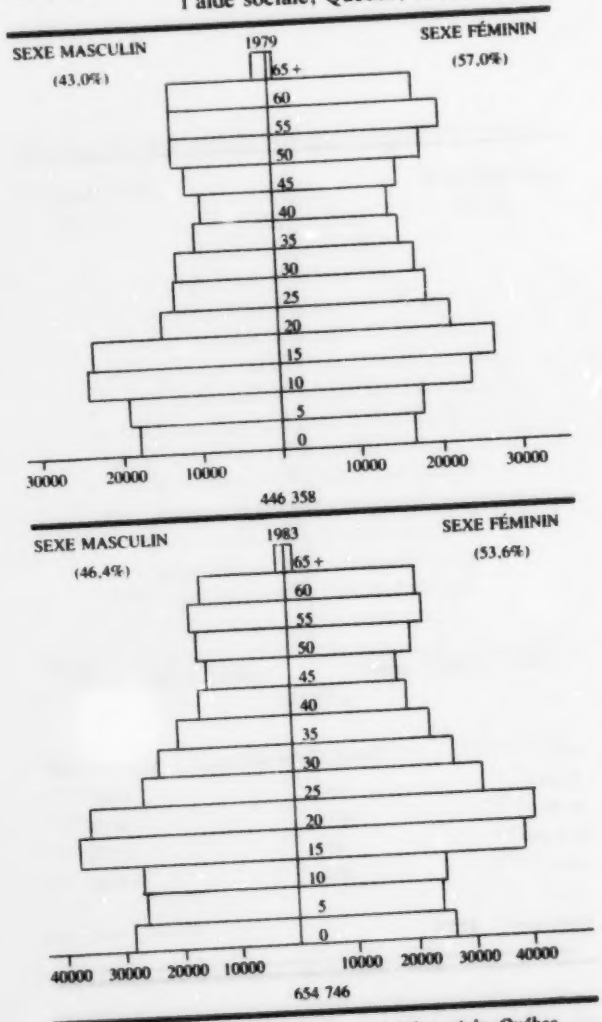
L'aide sociale

L'évolution du nombre de bénéficiaires de l'aide sociale est également un phénomène majeur, ces dernières années. En 1983, le nombre moyen des bénéficiaires se chiffre à 654 746, dont 53,6% sont des femmes. L'étude de la composition par âge montre l'importance relative du groupe des 15-24 ans (Graphique 2.2). Par rapport à 1979, le nombre moyen de bénéficiaires de l'aide sociale a augmenté de 46,7%. Cette croissance a été toutefois plus marquée chez les hommes que chez les femmes avec des accroissements respectifs de 58,3% et 37,9%.

Le suicide

Le Québec compte un taux de suicide des 15 à 24 ans qui le rapproche de celui de l'Allemagne fédérale et qui est supérieur à celui des Etats-Unis, du Japon, de la Suède ainsi que de la plupart des pays de l'Europe de l'Ouest.

Graphique 2.2 Pyramides des âges, bénéficiaires de l'aide sociale, Québec, 1979, 1983



Source : A. Saucier, *Les bénéficiaires de l'aide sociale, Québec, 1977-1983*, MAS, 1984.

Entre 1950 et 1980, le taux de suicide chez les adolescents et les jeunes adultes s'est multiplié par 9 : il est passé de 1,9 à 17,1 pour 1 000 habitants. Actuellement, le suicide se place au troisième rang (après les accidents de la route et les autres accidents) dans la hiérarchie des causes de mortalité des 15 à 24 ans. Il représente 16% de l'ensemble des décès et 21% de la mortalité par accidents et traumatismes. En 1979-80, 4,5 fois plus de jeunes hommes de 15 à 24 ans que de jeunes femmes du même âge se sont enlevés la vie. En 1950, le rapport s'établissait à 2,5 suicides masculins pour 1 suicide féminin.

Il y aurait au Québec de 3 à 5 fois plus de tentatives de suicide que de suicides réussis. Les tentatives de suicide seraient plus fréquentes chez les adolescents et les jeunes adultes que chez les plus âgés, plus fréquentes aussi chez les femmes que chez les hommes.

Mariages, divorces et familles monoparentales

En 1961, 92,7% des hommes et 87,1% des femmes se mariaient, contre respectivement 57,1% des hommes et 57,9% des femmes, en 1984. Le nombre de mariages, pour 1 000 habitants est passé, au Québec, de 7,3 mariages en 1978, contre 5,9 mariages, en 1982. Les chiffres correspondants, pour le Canada, sont 7,9 et 7,6 mariages.

Le nombre des divorces pour 100 mariages est passé, au Québec, de 8,7 divorces en 1969, à 44,0 divorces en 1981. Exprimés pour 1 000 de population, les divorces au Québec ont peu augmenté, soit 2,37 en 1978 contre 2,87 en 1982. Par rapport à tous les mariages, les remariages comptaient pour 14% de l'ensemble en 1981.

Les familles monoparentales représentent maintenant 20% du total des familles québécoises, contre 10% en 1971. Environ 80% des parents uniques sont des femmes. Le nombre de familles monoparentales bénéficiaires de l'aide sociale s'est accru de 51,3% durant la période 1977-1984 et totalisait 56% des familles inscrites à l'aide sociale, en janvier 1985 (données préliminaires).

L'évolution des unions de fait est analogue à celle des familles monoparentales. L'importance des unions de fait, relativement au total des unions légales et de fait, est estimée à 20% en 1981, contre 10% en 1971. Enfin, les naissances hors mariages, par rapport au total des naissances, s'élevaient à 18,2% en 1982 contre 3,1 en 1951.

Les habitudes de vie[1]

Les habitudes de vie ou les comportements individuels que l'on pointe le plus souvent du doigt comme néfastes pour la santé sont : le tabac, l'abus d'alcool, l'absence d'exercice physique, les mauvaises habitudes alimentaires, la consommation de drogues et de médicaments psychotropes.

Le tabac

En 1981, le Québec a pris la tête de l'ensemble des pays industrialisés, pour ce qui est de la consommation annuelle moyenne de tabac par adulte, remplaçant ainsi les USA qui occupaient ce rang en 1975, même si depuis 1965, le pourcentage de fumeurs au Québec est en constante diminution. Cette tendance est surtout le fait des hommes, même jeunes. On trouvait 44,9% de fumeurs chez les hommes en 1981, alors que 64,2% d'entre eux fumaient de façon régulière en 1965.

La tendance n'est pas du tout la même chez les femmes : la proportion de fumeuses régulières n'a pas ou peu diminué pendant cette période et se situe aux alentours de 33%. Les jeunes femmes fument maintenant plus souvent que les hommes de leur âge (48% des femmes de 20 à 24 ans fument régulièrement, contre 44% des hommes du même âge).

Cette baisse du nombre de fumeurs s'est curieusement accompagnée d'une hausse individuelle de la consommation de cigarettes. En 1970, un fumeur régulier consommait chaque jour environ 20,9 cigarettes. Ce chiffre est passé à 26,2 en 1981.

La consommation de tabac reste très élevée chez les jeunes. En 1981, 32% des jeunes Québécois fumaient de façon régulière. Ce pourcentage est le plus élevé de toutes les provinces canadiennes. Il est le double de celui qui a

(1) Cette section est tirée de : OBJECTIF SANTÉ, Conseil des affaires sociales et de la famille

été relevé en Colombie-Britannique. On constate qu'à l'inverse, l'usage quotidien ou occasionnel de la marijuana est plus faible au Québec dans la population en général et chez les jeunes en particulier que partout ailleurs au Canada.

L'alcool

De 1961 à 1976, la consommation d'alcool au Québec est passée de 6,82 à 10,55 litres d'alcool absolu per capita, soit une augmentation de 51%. Depuis, elle s'est stabilisée et aurait même légèrement diminué. Cette baisse touche surtout la bière et quelque peu les spiritueux. Par contre, la consommation de vin continue sa montée.

En 1982, seuls le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard avaient une consommation inférieure à celle du Québec. Celle de l'Alberta, la plus élevée au Canada, lui était de 36% supérieure. La position du Québec s'explique par sa faible consommation de spiritueux.

Parmi les différentes catégories socio-professionnelles, c'est le groupe des professionnels, enseignants et médecins qui, chez les hommes, compte la plus forte proportion de grands buveurs.

Le comportement des femmes est cependant différent. Ce sont celles qui occupent les postes de direction qui sont les plus nombreuses à boire, et qui sont également les plus grandes buveuses.

Ainsi, l'habitude de boire régulièrement augmente avec le statut social. Mais les grands buveurs se retrouvent plutôt dans les groupes sociaux qui ont des conditions de travail et de vie difficiles. D'ailleurs, on constate que la consommation d'alcool s'accroît significativement avec le niveau de stress.

Les études américaines estiment que le coût économique global du tabac et de l'alcool, en terme de soins de santé et de pertes de production, représente environ 25% du coût économique global de toutes les maladies. Ce qui correspondrait à plus de deux milliards au Québec pour l'année 1981, répartis de façon à peu près équivalente entre le tabac et l'alcool. Mais si l'on ajoute à cette évaluation les coûts sociaux reliés aux accidents de la route et aux problèmes de violence, les coûts de l'alcool deviendraient alors sensiblement plus élevés.

L'activité physique

On associe généralement l'absence d'activité physique à un risque accru de problèmes cardio-vasculaires. Une bonne condition physique améliore la résistance de l'organisme et explique que les gens qui font régulièrement du sport vont moins souvent chez le médecin.

Les niveaux d'activité physique semblent moindres au Québec que dans les autres provinces. On y retrouve en effet, en 1981, plus de sédentaires que partout ailleurs au Canada. C'est ainsi que 15% des personnes de 10 ans et plus sont sédentaires au Québec, contre 7% en Colombie-Britannique et dans les Prairies.

Toutefois, les taux se sont sensiblement améliorés depuis 10 ans. En 1974, 18% seulement de la population s'adonnait à la pratique d'une activité physique tout au long de l'année, alors que 28% était considérée comme sédentaire. En 1981, 57% des Québécois pratiquent une activité physique au moins 3 fois par semaine et 9 mois par année, et la proportion de sédentaires a diminué de moitié. Mais selon une étude du ministère de la Santé et du Bien-être social, seulement le tiers de la population pratiquerait une activité physique à un niveau potentiellement bénéfique pour la santé.

L'alimentation

Des études américaines ont récemment prouvé de façon certaine que le cholestérol constituait un facteur de risque pour les maladies cardio-vasculaires. Une alimentation trop riche en matières grasses et notamment en viandes grasses, favorise l'hyper-cholestérolémie.

Or, le Québec se situe parmi les plus gros consommateurs de viande : autant qu'en France ou aux États-Unis, et plus qu'ailleurs au Canada ou en Europe. Depuis 1976, toutefois, certains comportements ont évolué dans le sens souhaité.

La consommation de viandes grasses a légèrement diminué, au profit d'une consommation accrue de légumes frais et congelés. Par contre, la consommation de légumineuses et celle des produits à base de céréales n'a pas augmenté.

La consommation de sucre est associée directement à la carie dentaire et indirectement à l'obésité, dans la mesure

où cette dernière est liée à la consommation excessive d'aliments riches en calories. Or, dans l'ensemble des pays de l'O.C.D.E., le Québec est un des plus gros consommateurs de sucre per capita. Toutefois, les tendances de la consommation de sucre seraient à la baisse depuis 1976.

Les médicaments psychotropes

Selon les données de l'enquête Santé Canada de 1978-1979, les Québécois consomment plus de psychotropes que les Ontariens, et même que partout ailleurs au Canada. Les plus vulnérables sont les femmes d'âge moyen et les femmes seules à la maison ou assistées sociales. À partir de 65 ans, les différences s'atténuent entre hommes et femmes.

Enfin, les groupes exclus du marché du travail, personnes âgées et assistés sociaux, consomment en moyenne beaucoup plus de médicaments psychotropes que le reste de la population. Pour ces deux groupes, les ordonnances de psychotropes pour l'année 1981 ont coûté respectivement 8 300 000 et 7 000 000 de dollars.

En outre, on sait que la consommation de ce type de médicaments crée chez la personne qui tombe dans le piège pharmacologique, un état de dépendance dont elle risque de se sortir difficilement.

Les effets indésirables des médicaments psychotropes sont particulièrement nocifs chez les personnes âgées. Les effets trop prolongés des somnifères ou des tranquillisants peuvent favoriser chez elles des états de confusion mentale ou de dépression.

Caractéristiques sanitaires

L'espérance de vie

Depuis le début des années 50, l'espérance de vie à la naissance augmente sans cesse au Québec. Chez les hommes, elle s'est accrue de 6,8 années pour atteindre 71,1 ans en 1981 ; chez les femmes, elle a progressé de 10,9 ans, atteignant 79,2 ans en 1981 (graphique 2.3 et tableau 2.1). Il en va de même de l'espérance de vie à divers âges, bien que les évolutions soient moins impor-

Tableau 2.1 Évolution de l'espérance de vie et de la mortalité, Québec, 1951 à 1981

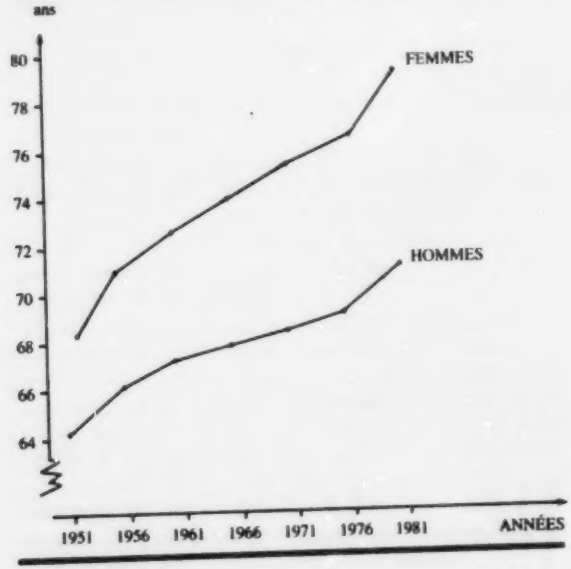
INDICATEURS	SEXE	1951	1956	1961	1966	1971	1976	1981
Espérance de vie à la naissance (en années)	M	64,3	66,2	67,1	67,8	68,4	69,0	71,1
	F	68,3	71,0	72,6	74,0	75,4	76,7	79,2
Espérance de vie à un an	M	66,9	68,3	68,5	68,6	68,7	68,9	70,7
	F	70,2	72,6	73,7	74,6	75,5	76,5	78,8
Espérance de vie à 35 ans	M	35,8	36,7	36,6	36,8	36,9	37,0	38,6
	F	38,6	40,1	41,0	41,9	42,8	43,7	45,6
Espérance de vie à 65 ans	M	12,7	12,9	13,0	13,3	13,2	13,1	14,2
	F	13,9	14,7	15,1	15,8	16,6	17,1	19,1
Nombre de décès	T	35 086	35 042	37 245	38 630	41 166	43 801	42 765
Taux brut de mortalité (par 1 000 hab.)	T	8,7	7,6	7,1	6,7	6,8	7,0	6,6

Source : Service des études et politiques de santé, MAS
Registre de la population, MAS

tantes et régulières. L'augmentation de l'espérance de vie à 65 ans, de 1976 à 1981, est particulièrement frappante : elle s'est accrue d'un an chez les hommes et de deux ans chez les femmes. Ce mouvement généralisé à la hausse creuse l'écart entre l'espérance de vie masculine et féminine.

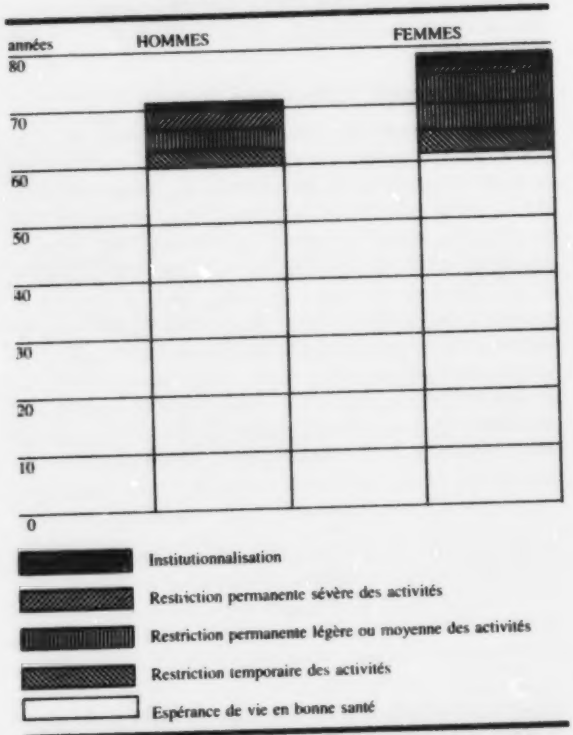
L'espérance de vie est un indicateur général qui montre simplement le nombre moyen d'années à vivre à un âge donné selon le niveau de mortalité observé à une période donnée. Un autre indice, l'espérance de vie en bonne santé, permet de pondérer ces années à vivre en déduisant de la somme de ces années, celles où il y a restriction d'activités (institutionnelle, permanente ou temporaire) à la suite de maladies ou d'accidents. Par exemple, pour

Graphique 2.3 Évolution de l'espérance de vie à la naissance
Québec, 1951 à 1981.



Source : Tableau 2.1

Graphique 2.4 Espérance de vie totale et espérance de vie en bonne santé à la naissance selon le sexe, Québec, 1980.



Source : S. Dillard, Durée ou qualité de la vie, *Conseil des affaires sociales et de la famille*, Coll. La santé des Québécois. 1983.

l'année 1980, l'espérance de vie en bonne santé (à la naissance) se chiffre à 59 ans chez les hommes et à 60,2 ans chez les femmes (graphique 2.4). Plus de 11 ans de vie chez les hommes et 18 ans chez les femmes comportent une forme quelconque de restriction d'activité. L'écart entre les sexes, noté pour la mortalité, disparaît donc presque totalement quand on considère l'espérance de vie en bonne santé. En outre, la restriction des activités s'accroît rapidement avec l'âge, plus sévèrement chez les hommes que chez les femmes.

L'inégalité devant la mort persiste non seulement entre les sexes, mais également entre les groupes ethniques, professionnels ou socio-économiques. Une étude sur la mortalité selon le groupe ethnique (Roy, 1975) montre qu'il existe au Québec des différences significatives de mortalité entre les Québécois d'origine française et ceux d'autres ethnies (tableau 2.2). L'influence des inégalités socio-économiques sur la mortalité des Québécois en âge de travailler a également fait l'objet d'études dont celle de Billette en 1977. En fixant à 100 la mortalité pour l'ensemble des hommes de 25 à 64 ans, la mortalité relative dans la catégorie comprenant des ouvriers non spécialisés, cultivateurs et journaliers est de 144 contre 85 dans la catégorie des professionnels et cadres supérieurs (graphique 2.5).

Les principales causes de décès

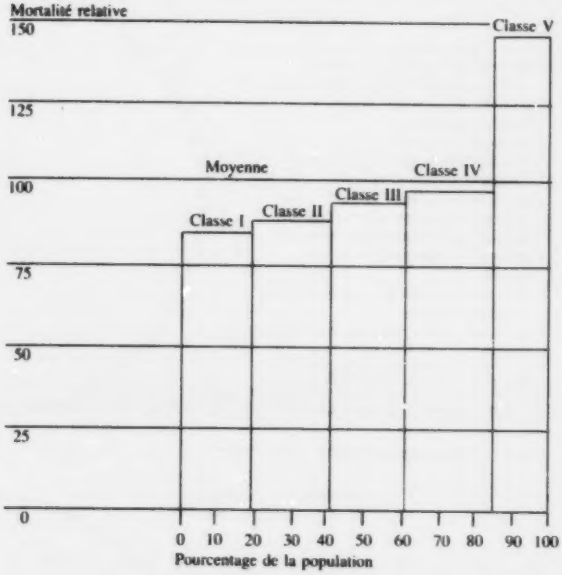
Les maladies du coeur, le cancer, les traumatismes et les empoisonnements ont pris de plus en plus d'importance

Tableau 2.2 Espérance de vie à la naissance (en années) selon le sexe et l'origine ethnique, Québec, 1950-1952 à 1970-1972.

	Hommes		Femmes	
Période	Français	Autres	Français	Autres
1950-52	64,1	66,3	68,2	71,1
1960-62	67,0	68,8	72,5	74,3
1970-72	67,4	71,5	74,5	77,6

Source : Laurent Roy, *La mortalité selon la cause de décès de l'origine ethnique au Québec 1951, 1961, 1971, 1975.*

Graphique 2.5 Mortalité relative chez les hommes de 25 à 64 ans selon la catégorie socio-professionnelle, Québec, 1974.



Catégorie socio-professionnelle	
I.	Professionnels, cadres supérieurs
II.	Techniciens, cadres moyens, chefs de service
III.	Employés spécialisés dans l'administration et le commerce, ouvriers spécialisés des grands syndicats et leurs contremaîtres
IV.	Ouvriers semi-spécialisés et leurs contremaîtres employés semi-spécialisés dans l'administration et le commerce
V.	Ouvriers non spécialisés, cultivateurs et journaliers

Source : André Billette. *Les inégalités sociales de mortalité au Québec*, 1977.

Tableau 2.3 Journées d'hospitalisation en soins de courte durée selon les principaux groupes de diagnostics, le sexe et le groupe d'âge, Québec, 1980.
(Taux pour 1000 habitants)

GROUPES DE DIAGNOSTICS	1 – 14		15 – 24		25 – 44		45 – 64		65 ou plus	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Maladies de l'appareil respiratoire	61	45	21	23			89	54	384	197
Accidents traumatismes et empoisonnements	43	23	101	34	76	35	101	67	235	352
Maladies de l'appareil digestif	30	22	34	47	79	92	231	195	474	378
Troubles mentaux	26	12	107	93	159	191	174	248	210	239
Anomalies congénitales	20	16								
Maladies infectueuses et parasitaires	14	11								
Maladies du système nerveux	11	11	19	21						
Maladies des organes des sens	11	9								
Maladies du système ostéo-articulaire			26	24	51	38	87	90	102	149
Maladies des organes génito-urinaires			3	34	19	150	77	140	323	135
Maladies de l'appareil circulatoire					50	39	413	228	1250	1041
Tumeurs							206	223	718	145
Maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme									102	156
Grossesses, accouchements et complications				320		393				
Autres[1]	72	67	77	91	130	216	217	228	528	505
ENSEMBLE DES GROUPES	288	216	388	687	564	1155	1595	1473	4326	3597

(1) Cette catégorie comprend tous les autres diagnostics y compris ceux mentionnés plus haut dont on n'a pas mentionné le taux.

Source : Madeleine Levasseur, *Des problèmes prioritaires*, Conseil des Affaires sociales et de la famille, Coll. La santé des Québécois, 1984.

de 1951 à 1980 (graphique 2.6). En effet, 79,9% de l'ensemble des décès survenus en 1979-1980 sont attribuables à l'une ou l'autre de ces trois causes, comparativement à 57% pour la période 1950-1952. En 1980, sur 10 personnes qui décèdent, près de cinq meurent de maladies du coeur, deux du cancer, une de traumatismes et empoisonnements, et les deux dernières, de diverses autres causes.

Les principales causes d'hospitalisation

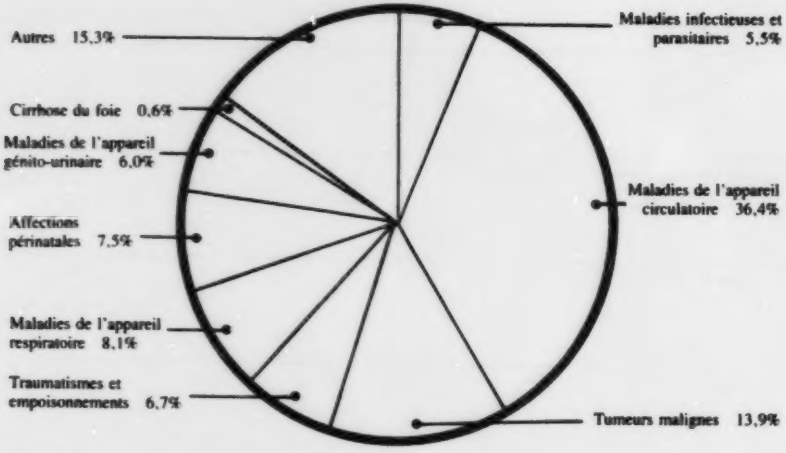
Le tableau 2.3 présente les principales causes d'hospitalisation de courte durée en 1980 selon les principaux diagnostics, le sexe et le groupe d'âge. Si l'on exclut les moins d'un an, et l'hospitalisation suite aux grossesses, aux accouchements et à leurs complications, on remarque que la principale cause d'hospitalisation correspond aux maladies de l'appareil respiratoire chez les jeunes âgés de 1 à 14 ans, aux troubles mentaux chez les 15-44 ans et aux maladies de l'appareil circulatoire après 45 ans. Fait à souligner, les maladies de l'appareil digestif se retrouvent parmi les trois premières causes d'hospitalisation, peu importe le groupe d'âge.

Les consultations en cliniques externes

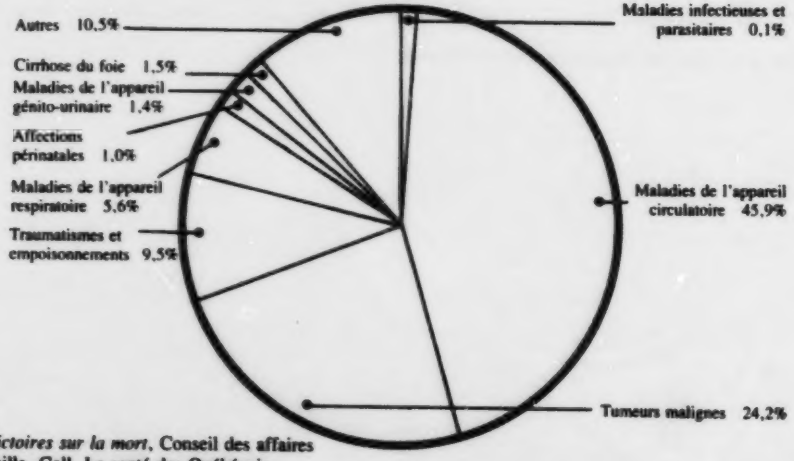
Le tableau 2.4 présente les vingt diagnostics les plus fréquents en 1983 pour les examens de patients ambulatoires. Parmi les motifs de consultation médicale les plus courants, on retrouve l'hypertension artérielle, la prévention, la grossesse normale, l'obésité, l'anxiété, l'infection aiguë des voies respiratoires supérieures, l'otite moyenne, l'asthénie, la grippe et le diabète. À eux seuls, ces diagnostics ont motivé plus de 25% de l'ensemble des examens des patients ambulatoires en 1983.

Graphique 2.6

Répartition (%) des causes de décès, Québec, 1950-1952.



Répartition (%) des causes de décès, Québec, 1979-1980



Source : Laurent Roy, *Des victoires sur la mort*, Conseil des affaires sociales et de la famille, Coll. La santé des Québécois. 1984.

Tableau 2.4 Les 20 diagnostics les plus fréquents lors d'examens effectués au cabinet, à domicile, auprès des malades inscrits au centre d'accueil ou au centre hospitalier de soins de longue durée, régime de l'assurance-maladie, rémunération à l'acte, Québec, 1983.

DIAGNOSTICS		1983	%
Hypertension artérielle	1	1 276 485	4.5
Prévention	2	1 176 378	4.2
Obésité	3	854 076	3.0
Grossesse normale	4	833 235	3.0
Anxiété	5	662 966	2.4
Infection aiguë des voies respiratoires supérieures	6	601 346	2.1
Otite moyenne	7	574 439	2.0
Asthénie (fatigue)	8	484 956	1.7
Grippe	9	457 790	1.6
Diabète	10	446 611	1.6
Surveillance des nouveaux-nés ou de l'enfant	11	405 875	1.4
Pharyngite aiguë	12	393 628	1.4
Dermite	13	387 192	1.4
Cervicite et vaginite	14	375 667	1.3
Bronchite non précisée	15	358 975	1.3
Myopie, hypermétropie, presbytie	16	345 148	1.2
Douleurs abdominales	17	343 257	1.2
Asthme	18	342 286	1.2
Mesures contraceptives	19	342 284	1.2
Lombago-dorsalgie	20	337 156	1.2
Autres diagnostics		17 118 908	60.9
ENSEMBLE DES DIAGNOSTICS		28 118 652	100.0

Source : Données non publiées, Régie de l'assurance-maladie du Québec.

3

LE SYSTÈME SOCIO-SANITAIRE

Le système québécois privilégie une approche globalisante qui vise à améliorer l'état de la santé physique et mentale de la population où qu'elle se trouve sur le territoire et à aider les personnes, les familles et les groupes à développer leur autonomie et à assurer pleinement leurs responsabilités familiales et sociales.

Les fondements du système

Les principes à la base du système socio-sanitaire québécois sont contenus dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux sanctionnée en décembre 1971. Elle confère au ministre des Affaires sociales les pouvoirs suivants :

- améliorer l'état de santé de la population, l'état du milieu social dans lequel elle vit et les conditions sociales des individus, des familles et des groupes ;
- rendre accessible à toute personne, d'une façon continue et pendant toute sa vie, la gamme complète des services de santé et des services sociaux y compris la prévention et la réadaptation, de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social ;
- encourager la population et les groupes qui s'y forment à participer à l'instauration, à l'administration et au développement des établissements de façon à assurer leur dynamisme et leur renouvellement ;
- mieux adapter les services de santé et les services sociaux aux besoins de la population en tenant compte des particularités régionales et répartir entre ces services les ressources humaines et financières de la façon la plus juste et la plus rationnelle possible ;
- favoriser le recours aux méthodes modernes d'organisation et de gestion pour rendre plus efficaces les services offerts à la population ;
- promouvoir la recherche et l'enseignement.

Le ministère des Affaires sociales (MAS)

Le ministère des Affaires sociales est responsable devant la population de l'élaboration et de l'application des politiques socio-sanitaires du Québec. Il est chargé de l'application des lois et des règlements relatifs aux affaires sociales et à la santé publique ; il doit donc s'assurer que des services de qualité soient accessibles à tous les citoyens.

C'est au Ministère que revient l'élaboration des objectifs, des orientations et des priorités socio-sanitaires et la mise en oeuvre des moyens nécessaires à leur réalisation, notamment l'organisation de services et la répartition des budgets entre les divers établissements et régions, après consultation auprès des conseils régionaux de la santé et des services sociaux.

Le Ministère a aussi un rôle essentiel d'évaluation et de vérification : évaluation de l'impact des programmes offerts et contrôle de l'application des lois et règlements et de l'utilisation des ressources dans les établissements.

Le Ministère participe également à la coordination interministérielle et intergouvernementale. Aussi doit-il faire connaître, autant aux interlocuteurs du réseau et hors du réseau qu'à la population, les objectifs et les orientations socio-sanitaires du Québec.

En 1985, cinq directions générales soutiennent l'activité du ministère : administration et systèmes d'information, relations de travail, santé, programmes de services sociaux ainsi que budget et contrôles financiers.

En outre, sept organismes relevant de l'autorité du ministre des Affaires sociales le conseillent ou administrent pour lui certains programmes.

Le Conseil des affaires sociales et de la famille

Créé en 1970, le Conseil des affaires sociales et de la famille est un organisme d'étude et de consultation dont le mandat est de conseiller le ministre dans l'identification des objectifs et priorités du secteur des affaires sociales et de la famille, et de consulter les divers groupes et organismes impliqués dans l'élaboration des politiques sociales et familiales.

Le Conseil consultatif de pharmacologie

Le Conseil consultatif assiste le ministre des Affaires sociales dans l'élaboration et la mise à jour de la liste des médicaments fournis gratuitement aux bénéficiaires de l'aide sociale et aux personnes âgées. Il donne également son avis sur la valeur thérapeutique et le prix exigé pour chaque médicament.

Le Fonds de la recherche en santé du Québec

Le Fonds de la recherche en santé du Québec est une Corporation sans but lucratif constituée en 1981, qui gère l'allocation des bourses et des subventions à la recherche, conformément aux politiques définies par le ministère des Affaires sociales.

La Corporation d'hébergement du Québec

Corporation sans but lucratif, la Corporation d'hébergement du Québec a été constituée en 1974. Elle a pour mandat d'assurer la construction d'établissements ainsi que le financement de ces immobilisations pour le compte du ministère des Affaires sociales. En outre, elle acquiert périodiquement certains immeubles dans le cadre du programme d'intégration d'établissements privés.

Le Comité de la santé mentale du Québec

Créé en 1971, le Comité de la santé mentale a pour mandat de coopérer avec le Ministère à la réalisation des activités de planification dans le secteur de la santé mentale.

Le Conseil québécois de la recherche sociale

Formé de spécialistes de diverses disciplines des sciences humaines, le Conseil québécois de la recherche sociale conseille le ministre sur toute question pertinente à la recherche sociale. Il institue et régit des programmes de subventions à la recherche sociale.

La Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ)

Septième organisme relevant aussi de l'autorité du ministère des Affaires sociales, la Régie de l'assurance-maladie du Québec, instituée en 1969, administre plusieurs programmes en tenant compte des dispositions et des ententes intervenues entre le ministre des Affaires sociales et les organismes représentant les professionnels de la santé qui participent au régime. Tous les résidents du

Québec peuvent bénéficier des services assurés par ce régime, tels[1] :

- les services médicaux et chirurgicaux ;
- les services de chirurgie buccale reçus dans un centre hospitalier
- les services optométriques ;
- les soins dentaires pour les enfants de moins de 16 ans ;
- les soins dentaires ainsi que les prothèses acryliques pour les bénéficiaires de l'aide sociale ;
- les médicaments pour les personnes âgées de 65 ans ou plus et pour les bénéficiaires de l'aide sociale ;
- les prothèses, les appareils orthopédiques et leurs compléments de même que les fauteuils roulants et certains autres accessoires ;
- les prothèses mammaires ;
- les prothèses oculaires ;
- les aides visuelles ;
- les aides auditives ;
- les appareils pour stomisés permanents ;
- les aides aux laryngectomisés.

Les services dispensés hors du Québec sont également assurés et remboursés aux bénéficiaires québécois, sur la base des tarifs en vigueur au Québec.

C'est la RAMQ qui rémunère les différents professionnels qui interviennent dans le cadre du régime d'assurance-maladie. Les rémunérations prennent la forme de tarification à l'acte, de vacation, ou de salariat, selon les conditions d'exercice déterminées dans les ententes intervenues entre les organismes représentatifs et le ministère. La surfacturation des bénéficiaires n'est pas permise aux médecins exerçant au Québec.

[1] L'énumération des services veut donner une image exhaustive des services assurés. Toutefois, on ne fait pas mention des exceptions, des durées ou des précisions qui déterminent le type de services ou de bénéficiaires, par règlements.

Les dispositions tarifaires

Des objectifs tarifaires ou des niveaux de revenu moyen annuel sont fixés, ainsi que des plafonds individuels de revenu.

Les objectifs tarifaires s'appliquent aux médecins, omnipraticiens ou spécialistes, et aux optométristes. L'objectif tarifaire est un revenu moyen prévu pour une période donnée. Si ce revenu moyen est dépassé, les tarifs de la période subséquente sont ajustés de façon à ce que l'objectif tarifaire soit respecté dans le futur. Le niveau de revenu moyen annuel brut visé varie selon la catégorie de professionnels et l'année.

Les plafonds individuels de revenu s'appliquent aux médecins omnipraticiens et aux dentistes. Cette mesure consiste à établir un plafond individuel du revenu sur une base trimestrielle, au-delà duquel les honoraires versés sont réduits de 75% pour les médecins omnipraticiens et de 66 ⅔% pour les dentistes.

D'autres dispositions, fixées par la loi ou par entente négociée, ont comme objectif de mieux répartir les effectifs sur le territoire ; ce sont les mesures incitatives et la rémunération différenciée. Introduites en 1982, les mesures incitatives s'adressent aux médecins, omnipraticiens ou spécialistes, et aux dentistes afin de les inciter à exercer leur profession dans les régions éloignées. Elles consistent en des primes d'éloignement ou d'isolement, en remboursement des frais de déménagement ou de sorties et en ressourcement professionnel.

Le réseau des Affaires sociales

Pour assurer à tous les citoyens l'accessibilité à des soins et des services de qualité, la Loi sur les services de santé et les services sociaux adopte un modèle d'organisation axé sur la régionalisation et sur la complémentarité des établissements du réseau des Affaires sociales. Les établissements, plus de 800 en tout, sont regroupés par catégories : les centres hospitaliers, les centres d'accueil, les centres locaux de services communautaires et les centres de services sociaux.

Les conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS)

Le conseil régional est devenu un acteur de plus en plus engagé et constamment présent dans la mise en place d'un réseau de services de santé et de services sociaux adéquats et intégrés. En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le conseil régional doit :

- assurer une représentation régionale des intérêts et des besoins de la population ;
- veiller à la prise en charge régionale progressive de l'organisation et de l'utilisation des ressources et services socio-sanitaires ;
- susciter la participation de la population à l'administration et au fonctionnement des établissements ;
- recevoir et entendre les plaintes des usagers.

C'est donc au conseil régional de veiller à ce que sa région soit dotée d'un réseau de services intégrés de façon à répondre aux besoins de la population, compte tenu des ressources disponibles. Il existe 13 conseils régionaux, chacun d'entre eux correspondant à une région socio-sanitaire du Québec.

Les centres hospitaliers (CH)

Les centres hospitaliers sont des établissements où l'on reçoit des personnes à des fins de prévention, de diagnostic, de traitement et de réadaptation physique ou mentale.

Deux classes de centres hospitaliers publics sont établies, tant pour les maladies physiques que pour les maladies mentales :

- les centres hospitaliers de soins de courte durée (CHSCD) qui peuvent aussi offrir des services de soins de longue durée à une partie des bénéficiaires qui y sont hébergés ;
- les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) qui assurent des soins et traitements aux personnes qui en ont besoin d'une façon continue, pour une période moyenne supérieure à 90 jours.

On compte également quelques centres hospitaliers privés, conventionnés par l'État ; ce sont généralement des établissements de petite taille.

Les services de santé dispensés dans les centres hospitaliers sont gratuits, ils comprennent notamment les repas et l'hébergement, ainsi que tous les services spécialisés des centres hospitaliers modernes. Par contre, un centre hospitalier peut réclamer certains frais pour l'usage d'une chambre privée ou semi-privée ainsi que des frais d'hébergement dans le cas de bénéficiaires de soins de longue durée.

Les départements de santé communautaire (DSC)

Le département de santé communautaire est un département du centre hospitalier ; une trentaine d'hôpitaux, désignés par le ministère et répartis à travers la province, en sont pourvus. À la différence des autres départements de l'hôpital, le DSC est orienté vers la communauté ; il a pour but d'améliorer la santé de la population dans le territoire qu'il dessert. À cette fin, il est doté d'une équipe multidisciplinaire qui assume les fonctions suivantes : connaître l'état de santé physique et mentale de la population et ses besoins ; élaborer, avec d'autres établissements de son territoire, des programmes pour la prévention des maladies et l'amélioration de la santé ; s'assurer que des services de santé préventifs et curatifs sont disponibles dans le territoire ; coordonner les interventions relatives à la santé et les évaluer.

Les responsabilités du DSC se concrétisent principalement dans les activités suivantes : enquêtes épidémiologiques, immunisations, surveillance des maladies infectieuses et des épidémies, santé maternelle et infantile, santé des écoliers, nutrition, santé dentaire, santé au travail, santé du troisième âge.

À l'intérieur de la planification régionale qu'accomplit le CRSSS, s'inscrit une planification sous-régionale réalisée par le DSC, en collaboration avec les partenaires de son territoire, particulièrement les CLSC, qui sont directement responsables de la prestation des services à la population. De la sorte, le DSC apporte son support aux établissements de son territoire dans la détermination de leurs priorités et de leurs objectifs, mais les établissements conservent néanmoins la responsabilité de l'organisation des services et du choix des moyens à mettre en oeuvre pour atteindre les objectifs des programmes.

Les centres locaux de services communautaires (CLSC)

Le centre local de services communautaires se définit ainsi dans la loi : un établissement qui, sur une base locale, dispense à la communauté des services de santé et des services sociaux, tant préventifs que curatifs, ainsi que des services de soutien à l'organisation de la communauté.

Le CLSC reçoit des personnes qui n'ont pas besoin d'être admises en établissement mais qui requièrent des services de santé ou des services sociaux. Il les conseille, leur dispense les services requis ou, le cas échéant, les dirige vers les ressources les plus aptes à leur venir en aide.

Les services et programmes suivants se retrouvent dans les centres locaux de services communautaires :

- les services sociaux, notamment en milieu scolaire ;
- les services d'action communautaire, par le support aux organismes du milieu ;
- les services de consultation conjugale ;
- les services de santé courants ;
- les services de soins et d'aide à domicile ;
- la santé maternelle et infantile ;
- la santé scolaire ;
- la nutrition ;
- la planification des naissances ;
- la santé au travail ;
- la santé dentaire.

Ces services sont gratuits.

Les centres de services sociaux (CSS)

Les centres de services sociaux sont des établissements qui offrent gratuitement les services nécessaires aux personnes faisant face à des besoins sociaux d'adaptation ou de protection. Là où il n'y a pas encore de centres locaux de services communautaires, ils fournissent également les services habituellement dispensés par cette classe d'établissements.

La mission des CSS s'articule autour de quatre grands axes :

LA PROTECTION DE LA JEUNESSE

Dans ce cadre, les services offerts sont les suivants : l'urgence sociale, l'accueil, l'évaluation, l'orientation des bénéficiaires, la tutelle sociale, le placement en famille d'accueil, le placement institutionnel, la consultation familiale, l'expertise aux tribunaux, l'adoption ;

LA PROTECTION DES ADULTES ET DES PERSONNES ÂGÉES

Parmi les services offerts à ces bénéficiaires, il faut mentionner : l'urgence sociale ou le dépannage, l'évaluation, le placement en famille d'accueil, le placement institutionnel, le soutien à la famille d'origine, la consultation psycho-sociale ;

LES SERVICES SOCIAUX INSTITUTIONNELS

On retrouve ici les services sociaux en milieu hospitalier, les services d'expertise à la Cour supérieure ainsi que les services de conciliation à la Cour supérieure ;

LE RÉSEAU DE RESSOURCES LÉGÈRES

Qu'il s'agisse des familles d'accueil ou d'autres ressources privées comme les foyers de protection sociale, il appartient aux centres de services sociaux de recruter, d'évaluer, d'accepter et d'assurer le suivi des ressources. Certains frais peuvent être exigés pour tout enfant ou adulte hébergé.

Les centres d'accueil (CA)

Les centres d'accueil sont des établissements qui offrent des services internes, externes ou à domicile pour loger, entretenir, garder en observation, traiter ou permettre la réintégration sociale des personnes en perte d'autonomie.

Les centres d'accueil d'hébergement (CAH) reçoivent des personnes qui, en raison d'une diminution de leur autonomie physique ou psychique généralement due à leur âge, doivent séjourner en résidence protégée.

Il existe également des pavillons où l'on dispense des services à des adultes en perte légère d'autonomie nécessitant, outre le gîte et le couvert, des services de surveillance, d'assistance et de protection sociale. Ces pavillons sont liés par contrat à des centres d'accueil d'hébergement.

Les centres d'accueil de réadaptation (CAR) s'adressent à quatre clientèles particulières : les jeunes aux prises avec des problèmes de mésadaptation sociale, les personnes handicapées mentales, les personnes handicapées physiques et les personnes alcooliques ou toxicomanes. Les services de réadaptation offerts par les centres d'accueil de réadaptation le sont pour une période limitée et visent l'intégration sociale des personnes.

Pour tout enfant ou adulte hébergé en centre d'accueil, des frais sont exigés, dépendant notamment de la capacité de payer de l'usager.

Les organismes communautaires

Le Ministère favorise la participation de groupes communautaires bénévoles qui travaillent au mieux-être de leurs concitoyens et de leur communauté en assurant le financement d'un certain nombre d'organismes bénévoles.

Les organismes bénévoles de maintien à domicile

En 1979, un programme de subvention était amorçé. Il s'adressait aux organismes bénévoles désireux de travailler au maintien à domicile de leurs concitoyens démunis. En 1982-83, le budget consacré à cette fin a permis de soutenir l'action de 410 de ces organismes.

Les organismes de promotion et de services à la communauté

Ces organismes accordent principalement leur attention à des groupes et à des citoyens isolés et délaissés qui ne peuvent trouver nulle part ailleurs une assistance pour atténuer les problèmes auxquels ils sont confrontés. En 1983-84, 95 organismes ont bénéficié de l'assistance financière du ministère.

Les centres de dépannage pour femmes en difficulté

Ces centres permettent à des femmes ayant des problèmes conjugaux graves — agressions sexuelles, violences morales, sévices physiques — d'être hébergées temporairement. Le Ministère a financé, au cours de 1983-84, 38 centres qui ont offert aux femmes des services d'hébergement et d'assistance lors d'éviction du foyer, de viol, de mauvais traitements, etc.

Les maisons et centres de jeunes

Les maisons et centres de jeunes qui se sont développés depuis l'année 1977-78, sont devenus très actifs dans le secteur de la prévention de la délinquance juvénile et dans le domaine de la réadaptation. Ils travaillent également à développer l'autonomie des jeunes pour leur permettre de faire face à leurs problèmes, individuels et collectifs. En 1983-84, le Ministère subventionnait 41 maisons ou centres de jeunes.

Les autres intervenants

- Cabinet des professionnels de la santé

  Ces cabinets privés de professionnels désignent un endroit situé ailleurs que dans un établissement. Un ou plusieurs médecins, dentistes ou autres professionnels, individuellement ou en groupe y pratiquent leur profession à titre privé et à leur seul compte. Les services qui y sont rendus sont assurés dans le cadre de l'assurance-maladie.

- Organismes gouvernementaux

  Il existe enfin un grand nombre d'organismes gouvernementaux qui travaillent en complémentarité avec les intervenants du réseau des Affaires sociales, dont l'Office des services de garde à l'enfance, l'Office des personnes handicapées du Québec, la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec et la Régie de l'assurance-automobile du Québec.

Sans être exhaustive, la liste des principaux acteurs des Affaires sociales montre que le Québec s'est doté d'une infrastructure et de modes de financement qui permettent la réduction d'inégalités sociales ou régionales. Par ailleurs, d'autres programmes qui n'ont pas été mentionnés dans ce chapitre poursuivent les mêmes objectifs. D'autres intervenants, tels les médias, les universitaires ou les groupes d'intérêt contribuent également, par leurs réflexions et actions concrètes, à orienter les politiques de santé et de sécurité sociale, pour le bénéfice des preneurs de décisions et le mieux-être de la population québécoise.

Tableaux sur l'utilisation des services

Tableau 3.1 Admissions en centres hospitaliers selon la catégorie de soins et la classe d'établissements, Québec, 1982-83.

CATÉGORIES DE SOINS Indicateurs	CHSCD	CHSLD	CHPSY	Ensemble
SOINS DE COURTE DURÉE				
Nombre	707 209	1 248	11 907	720 364
Répartition (%)	98.8	8,5	75,2	96.5
SOINS DE LONGUE DURÉE				
Nombre	4 891	12 458	2 414	19 763
Répartition (%)	0,7	84,8	15,3	2,7
ACCUEIL				
Nombre	3 889	988	1 510	6 387
Répartition (%)	0,5	6,7	9,5	0,9
ENSEMBLE DES CATÉGORIES				
Nombre	715 989	14 694	15 831	746 514

Tableau 3.2 Jours-présence en centres hospitaliers selon la catégorie de soins et la classe d'établissements, Québec, 1982-83.

CATÉGORIES DE SOINS Indicateurs	CHSCD	CHSLD	CHPSY	Ensemble
SOINS DE COURTE DURÉE				
Nombre	7 282 362	52 719	623 318	7 958 399
Répartition (%)	78,6	1,1	18,9	46,4
SOINS DE LONGUE DURÉE				
Nombre	1 396 863	3 861 230	1 760 390	7 018 483
Répartition (%)	15,1	83,8	53,5	40,9
ACCUEIL				
Nombre	580 125	691 202	908 952	2 180 279
Répartition (%)	6,3	15,0	27,6	12,7
ENSEMBLE DES CATÉGORIES				
Nombre	9 259 350	4 605 151	3 292 660	17 157 161

Source : Rapports statistiques annuels produits par les établissements du réseau des Affaires sociales, 1982-83.

Tableau 3.3 Personnes hébergées selon le sexe et le groupe d'âges, Québec, 1983.

GROUPES D'ÂGES Indicateurs	F	M	T
MOINS DE 18 ANS			
Nombre	12	11	23
Répartition (%)*	52,2	47,8	100,0
Distribution (%)**	0,03	0,05	0,04
18 ANS À 64 ANS			
Nombre	7 509	9 306	16 815
Répartition (%)*	44,7	55,3	100,0
Distribution (%)**	20,68	41,47	28,62
65 ANS OU PLUS			
Nombre	28 797	13 123	41 920
Répartition (%)*	68,7	31,3	100,0
Distribution (%)**	79,29	58,48	71,34
ENSEMBLE DES GROUPES D'ÂGES			
Nombre	36 318	22 440	58 758
Répartition (%)*	61,8	38,2	100,0

* Répartition selon le sexe
** Distribution selon le groupe d'âge
Source : Fichier *Contribution des adultes hébergés du Québec*, mars 1983.

Tableau 3.4 Jours-présence en réadaptation selon la catégorie de centres d'accueil, Québec, 1982-83.

CATÉGORIES DE CENTRES D'ACCUEIL Indicateurs	
CAR POUR HANDICAPÉS PHYSIQUES	
Nombre	346 263
Répartition (%)	9,0
CAR POUR HANDICAPÉS MENTAUX	
Nombre	1 812 305
Répartition (%)	47,2
CAR POUR MÉSADAPTÉS SOCIAUX	
Nombre	1 273 569
Répartition (%)	33,1
CAR POUR ALCOOLISME & TOXICOMANIE	
Nombre	89 110
Répartition (%)	2,3
FOYERS POUR MÈRES CÉLIBATAIRES	
Nombre	43 082
Répartition (%)	1,1
AUTRES[1]	
Nombre	279 026
Répartition (%)	7,3
ENSEMBLE DES CATÉGORIES	
Nombre	3 843 365

1 Foyers de groupes et apprentissage avec habitudes de travail (ateliers).

Source : Rapports statistiques annuels produits par les établissements du réseau des Affaires sociales, 1982-83.

Tableau 3.5 Utilisation des services en centres de santé* selon la catégorie de soins, Québec, 1982-83.

CATÉGORIES DE SOINS Indicateurs	1982-83
SOINS DE COURTE DURÉE	
Nombre d'admissions	6 781
Nombre jours-présence	47 219
SOINS DE LONGUE DURÉE	
Nombre d'admissions	149
Nombre jours-présence	99 995
ACCUEIL	
Nombre d'admissions	66
Nombre jours-présence	42 646
ENSEMBLE DES CATÉGORIES	
Nombre d'admissions	6 996
Nombre jours-présence	189 860

* Les Centres de santé sont d'anciens centres hospitaliers, ordinairement situés dans des régions éloignées des grands centres urbains, auxquels on a greffé une vocation de CLSC.

Source : Rapports statistiques annuels produits par les établissements du réseau des Affaires sociales 1982-83.

Tableau 3.6 Bénéficiaires des services en centres de services sociaux selon le type de services et la catégorie de clientèle, Québec, 1982-83.

TYPES DE SERVICES [1] Catégories de clientèles	Bénéficiaires au 31 mars 82	Nouveaux bénéficiaires*	Bénéficiaires au 31 mars 83
ADOPTION			
Enfants adoptés légalement	2 376	2 237	1 728
SERVICES SOCIAUX AUX ENFANTS ET À LA FAMILLE			
Enfants placés	23 254	N.D.	18 989
Enfants suivis en milieu naturel	15 598	N.D.	17 194
SERVICES AUX ADULTES			
Adultes placés	9 827	N.D.	9 586
Adultes suivis en milieu naturel	6 007	N.D.	5 925
SERVICES AUX PERSONNES ÂGÉES PLACÉES	5 639	N.D.	5 195
Services aux personnes âgées suivies en milieu naturel	8 011	N.D.	8 389
SERVICES DE CONSULTATION CONJUGALE			
Couples aidés	1 357	1 552	972
SERVICES EN MILIEUX SCOLAIRES			
Enfants pris en charge	6 080	8 645	6 056
SERVICES EN MILIEUX HOSPITALIERS			
Bénéficiaires pris en charge	36 486	65 220	37 144
SERVICES SOCIAUX AUX AUTOCHTONES			
Bénéficiaires prix en charge	1 891	668	1 850
SERVICES SOCIAUX AUX IMMIGRANTS ET AUX ITINÉRANTS			
Bénéficiaires pris en charge	831	3 202	822
SERVICES D'AIDE À DOMICILE			
Ménages bénéficiant de services	3 434	5 387	3 810

N.D. : Non disponible

1 Il s'agit d'une partie seulement des services offerts par les CSS.

* Il s'agit du nombre de nouveaux bénéficiaires recevant des services durant l'année financière (1er avril au 31 mars).

Source : Rapport *État de la situation* présenté au MAS par les 14 CSS du réseau des Affaires sociales au 31 mars 1982 et au 31 mars 1983.

Tableau 3.7 Nombre de participants et taux de participation aux programmes administrés par la Régie de l'assurance-maladie. Québec. 1983.

PROGRAMMES	Nombre de participants	Taux de participation*
		%
Services médicaux (tous)	5 190 262	78,5
Services dentaires		
• Enfants (0-15 ans)	822 632	55,8
• Bénéficiaires de l'aide sociale (13 ans ou plus)	178 925	34,6
• Chirurgie buccale (tous)	29 817	0,6
• Ensemble des programmes[1]	(1 010 711)	
Services optométriques (tous)	1 068 431	16,4
Services pharmaceutiques		
• Bénéficiaires de l'aide sociale	448 405	69,1
• Personnes âgées de 65 ou +	503 049	83,5
Prothèses et orthèses	25 130	0,08

1 Comme une personne peut bénéficier des services de plusieurs programmes de services dentaires au cours de l'année, le nombre de participants à l'ensemble des trois programmes est différent de la somme des participants à chacun de ces programmes.

* Le taux de participation se définit comme le rapport du nombre de participants sur le nombre moyen de bénéficiaires correspondants (population totale, enfants, bénéficiaires de l'aide sociale, etc.)

Source : Statistiques annuelles 1983, RAMQ.

Tableau 3.8 Nombre de contacts-patients* par habitant, Régie de l'assurance-maladie, rémunération à l'acte, Québec, 1983.

	Hommes	Femmes
Moins de 5 ans	6,9	6,2
5 – 14	3,3	3,2
15 – 24	3,1	5,5
25 – 34	3,4	6,9
35 – 44	3,9	6,5
45 – 54	4,9	7,2
55 – 64	6,9	7,9
65 ou plus	11,6	12,0
Total	4,8	6,7

* Le nombre de contacts-patients est un indicateur qui distingue les actes médicaux centrés sur le contact avec le patient des actes associés à ce contact ou qui en sont complémentaires. Il représente la somme des examens, des consultations, des traitements psychiatriques (psychothérapie) et des actes chirurgicaux.

Source : Statistiques annuelles 1983, RAMQ.

4

LES RESSOURCES

Ce chapitre traite de la question des ressources humaines et matérielles engagées dans la dispensation des services de santé et des services sociaux. Une attention particulière est portée aux effectifs (médecins, infirmières, techniciens, etc.) et aux établissements (centres hospitaliers, centres d'accueil, nombre de lits, places d'accueil, etc.). Selon la nature des données, ces chiffres sont analysés en fonction du nombre d'habitants, de la région ou du milieu.

Les ressources humaines

Étant donné le nombre et la diversité des catégories de personnel, l'étude de ces ressources se base sur de grands ensembles comme les professionnels (au sens large), les techniciens ou les infirmières. La détermination de ces catégories est imposée par les sources de données disponibles. Toutefois, afin de bien éclairer ce sujet, quelques exemples d'emplois servent d'illustration pour chacune de ces catégories. La présentation des ressources humaines distingue deux grands groupes[1] : les professionnels de la santé rémunérés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec et l'ensemble des autres ressources du réseau. Ce choix est essentiellement lié aux sources de données directement exploitables, soit les fichiers de la Régie et la banque d'information des fichiers de paie des établissements publics et privés conventionnés du secteur des Affaires sociales.

1 La présentation de catégories particulières à l'intérieur de ces deux grands groupes est elle-même fonction des données disponibles. Le fait de présenter des statistiques sur les optométristes et les dentistes sans traiter spécifiquement des hygiénistes dentaires et les orthoptistes, par exemple, est essentiellement dû à la disponibilité des données.

Les professionnels de la santé rémunérés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec

Quatre catégories de professionnels[2] sont considérées : les médecins, les dentistes, les optométristes et les pharmaciens. Il s'agit des professionnels qui ont reçu une rémunération de la Régie de l'assurance-maladie du Québec en 1983.

Les médecins

Le Québec compte 12 117 médecins en 1983, soit un médecin pour 537 habitants. De ce nombre 6 200 sont des médecins omnipraticiens et 5 917 des médecins spécialistes. Les premiers ont connu une augmentation annuelle moyenne de 5,4% de 1973 à 1983 comparativement à 2,7% pour les médecins spécialistes tandis que la population du Québec augmentait de 0,79% par année durant la même période.

2 Les chiffres sous-estiment légèrement le nombre réel de ces professionnels. Toutefois, les professionnels qui n'ont pas été pris en compte sont généralement considérés comme inactifs en ce qui concerne la prestation de soins et de services.

Les dentistes

En 1983, 2 247 dentistes et 41 spécialistes en chirurgie buccale font partie des dispensateurs de soins dentaires. Durant les cinq dernières années, ces différentes catégories ont vu leurs effectifs augmenter respectivement de 3,6% et 2,6% par année. Il y a, en 1983, un dentiste pour 2 899 habitants.

Les optométristes

De 1973 à 1983, le nombre d'optométristes a augmenté de 3,6% par année, passant de 570 à 809 optométristes. Le rapport optométristes/population atteint un pour 8 051 habitants en 1983.

Les pharmaciens

Les pharmaciens propriétaires inscrits à la Régie sont au nombre de 1 036 en 1983, tandis que le nombre de pharmaciens s'établit à 1 230 pour la même année. Toutefois, il faut se rappeler qu'il s'agit de pharmaciens propriétaires, ce qui excluent les pharmaciens salariés. Par ailleurs l'Ordre des pharmaciens du Québec compte 3 730 membres à la fin de l'année civile 1983.

Vue d'ensemble selon la répartition géographique

Cette section présente la répartition géographique des différenies catégories de professionnels rémunérés par la Régie. On compare la répartition de leurs effectifs à celle de la population, en divisant le Québec en trois grandes régions. Cette façon de faire a l'avantage de poser le problème plus simplement, mais elle masque évidemment des écarts beaucoup plus grands que l'on peut retrouver à l'intérieur de ces régions.

La région du grand Montréal comprend 42,1% de la population du Québec. La seconde région englobe les zones périphériques de la région de Montréal, de même que les régions de Québec et de l'Estrie que l'on peut qualifier de zones urbaines et de pôles d'attraction régionaux importants, où l'on retrouve 40,5% de la population. La troisième région couvre le reste du Québec, c'est-à-dire les comtés urbains éloignés des grands centres, les milieux semi-urbains et ruraux avec 17,4% de la population du Québec.

Le graphique 4 présente la proportion de la population par rapport aux professionnels dans ces trois régions. La région la plus éloignée des grands centres a toujours une proportion plus faible de professionnels, peu importe la catégorie, particulièrement chez les médecins spécialistes et les dentistes spécialistes. La région périphérique est sous-représentée en médecins omnipraticiens et spécialistes et en dentistes, et sur-représentés en denturologistes, en optométristes et en pharmaciens. Enfin, l'agglomération montréalaise attire toujours un plus grand nombre de professionnels que ne l'exigerait la seule répartition de la population.

Le personnel salarié du réseau des Affaires sociales

Il existe plus de 400 titres d'emplois différents dans les établissements du réseau des Affaires sociales. Ces emplois sont regroupés en six grandes catégories : les infirmières, les autres professionnels, les techniciens, les assistants-techniciens, les employés de bureau et les ouvriers. En 1982-83, ces catégories regroupent 129 072 personnes[1] réparties dans 793 établissements (centres hospitaliers, centres d'accueil, centre de services sociaux et centres locaux de services communautaires), (tableau 4.1). Ces statistiques ne comprennent pas le personnel cadre.

Le personnel cadre

En 1982-83, on dénombre 12 660 cadres équivalent temps-plein) ; de ce nombre, près de la moitié se retrouvent en centre hospitalier de soins de courte durée (tableau 4.1.b). Un peu moins de 80% du personnel cadre, soit 9 984, font partie de la catégorie cadre intermédiaire. Quant aux cadres supérieur, ils forment près de 15% des effectifs.

1 En fait, il s'agit du nombre de salariés, exprimé en équivalents plein-temps. Par exemple, pour un titre d'emploi dont la semaine régulière est de 35 heures, il faut 1 820 heures de rémunération pour compter un équivalent plein-temps. Toutefois, pour faciliter la lecture, on parlera de personnes plutôt que d'équivalents plein-temps.

Tableau 4.1 Personnel syndicable[1] selon la classe d'établissements et la catégorie d'emplois, Québec, 1982-83.

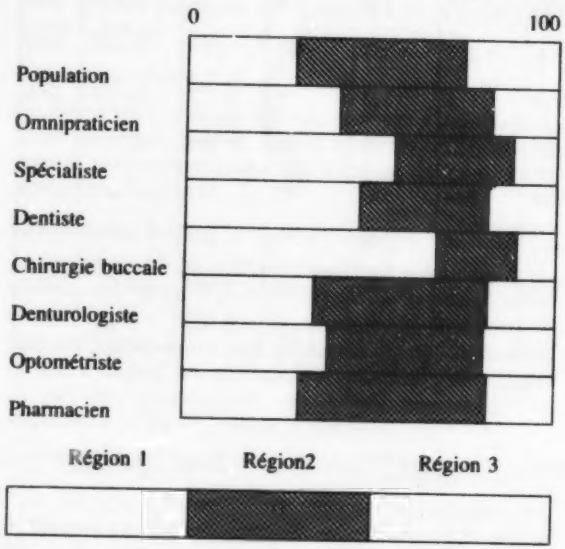
CATÉGORIES D'EMPLOIS	CHSCH	CHSLD	CHPSY	CH privé	CLSC[2]	CSS	CAR	CAH	CA privé	Ensemble	%
Professionnels	2 200	339	299	36	455	2 227	697	108	9	6 434	5,0
Techniciens	7 261	338	1 068	104	508	1 257	4 558	185	150	15 466	12,0
Infirmiers	19 707	1 244	1 493	488	1 114	4	323	739	172	25 334	19,6
Assistants techniciens	18 255	4 702	4 576	1 299	1 250	128	1 703	4 961	986	37 860	29,3
Employés de bureau	11 908	864	1 030	228	828	884	987	631	122	17 674	13,7
Ouvriers	13 246	2 902	2 294	636	470	40	2 396	3 745	564	26 304	20,4
Ensemble des catégories	72 577	10 389	10 760	2 791	4 625	4 540	10 664	10 369	2 003	129 072	100,0
Nombre d'établissements	117	49	15	40	102	14	147	239	70	793	

(1) En équivalents plein-temps.

(2) Dont 12 centres de santé.

Source : Statistiques concernant les salariés syndicables du secteur des affaires sociales, service de soutien technique, Direction générale des relations de travail, 1982-83.

Graphique 4.1 Répartition de la population et des professionnels de la santé selon la catégorie de professionnels et la région, Québec, 1983.



Région 1 : Montréal métropolitain.

Région 2 : Québec, Estrie, Laurentide-Lanaudière et Montérégie.

Région 3 : Bas St-Laurent-Gaspésie, Saguenay-Lac St-Jean, Trois-Rivières, Outaouais, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord et Nouveau-Québec.

Source : *Statistiques annuelles 1983*, Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Tableau 4.1.b Répartition des cadres par catégorie d'établissements et catégorie de cadres, en équivalent temps plein, Québec, 1982-83.

CATÉGORIES D'ÉTABLIS-SEMENTS	HORS CADRES*	CADRES SUPÉ-RIEURS	CADRES INTERMÉ-DIAIRES	TOTAL
CHSCD	157	762	5 220	6 139
CHSLD	51	188	845	1 083
CH autres	21	110	855	986
CA réadaptation	145	277	1 120	1 542
CA hébergement	223	277	576	1 077
CLSC	100	34	359	492
CSS	16	86	659	760
CRSSS	19	30	91	140
CH privés	44	60	134	237
CA privés	67	12	124	203
TOTAL	842	1 834	9 984	12 660

* Ce sont les directeurs généraux et leurs adjoints.

Source : *Statistiques concernant le personnel-cadre du secteur des affaires sociales*, service de soutien technique, Direction générale des relations de travail, 1982-83.

Tableau 4.2 Lits et places disponibles selon le type de soins et la classe d'établissements, Québec, 1982-83.

Classes d'établis-sements	Lits de soins de courte durée	Lits de soins de longue durée	Places d'accueil	Ensemble
CHSCD	24 741	3 961	1 842	30 544
CHSLD	198	11 073	2 151	13 422
CHPSY	1 847	5 073	2 599	9 519
CLSC	296	294	313	903
CAR	—	—	11 699	11 699
CAH[1]	—	—	24 733	24 733
Ensemble	27 082	20 401	43 337	90 820
Taux %	4,2	3,1	6,7	14,0

(1) Données préliminaires

Sources : Rapports statistiques annuels produits par les établissements du réseau des Affaires sociales, 1982-83.

Les infirmières

Pour faire partie de cette catégorie, les infirmières doivent détenir un permis d'exercice de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. On en compte 25 334 en 1982-83, dont 90% se trouvent dans les centres hospitaliers. En fait, ce sont les centres hospitaliers de soins de courte durée qui regroupent la très grande majorité des infirmières, soit 19 707. Elles constituent près de 20% de l'ensemble des effectifs du réseau.

Les autres professionnels

On retrouve dans cette catégorie les employés détenant un emploi exigeant généralement un diplôme universitaire comme les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les phsychologues, les travailleurs sociaux et les agents de relations humaines. En 1982-83, 6 434 personnes oeuvrent dans cette catégorie, et sont surtout concentrées dans les centres hospitaliers de soins de courte durée (2 200).

Les techniciens

Les techniciens possèdent généralement un diplôme de niveau collégial. Malgré la dénomination de cette catégorie, elle ne regroupe pas que des technologistes médicaux ou des techniciens en radiologie ; elle comprend aussi des emplois comme ceux d'éducateurs dans les centres d'accueil et de techniciens en assistance-sociale. Toujours en 1982-83, 15 466 personnes occupent ce type d'emploi, dont 7 261 en centres hospitaliers de courte durée et 4 558 en centre d'accueil de réadaptation.

Les assistants-techniciens

Cette catégorie comprend des infirmières-auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires. En effet, ces deux titres d'emplois regroupent environ 80% des assistants-techniciens. C'est le groupe le plus important en 1982-83 avec 37 860 personnes, soit près de 30% des effectifs. Encore une fois, ce sont les centres hospitaliers de courte durée qui monopolisent la majorité des assistants-techniciens (18 255). Toutefois, les centres hospitaliers de soins de longue durée, les centres hospitaliers à vocation psychiatrique et les centres d'accueil d'hébergement ont, eux aussi, un nombre important d'assistants-techniciens, soit respectivement 4 702, 4 576 et 4 961.

Les employés de bureau

En 1982-83, 17 674 personnes sont affectées aux travaux administratifs courants. Leur répartition selon les catégories d'établissement est moins concentrée. Bien que, la majorité (11 908) oeuvrent dans les centres hospitaliers, on en retrouve entre 800 et 1000 dans la plupart des autres catégories d'établissements.

Les ouvriers

L'entretien ménager, la cuisine, la buanderie, la lingerie sont quelques exemples du type de travail exercé par les 26 304 ouvriers dénombrés en 1982-83. On les retrouve majoritairement en centres hospitaliers de soins de courte durée, quoiqu'un nombre important d'ouvriers travaillent dans les autres types de centre hospitalier et dans les centres d'accueil.

Vue d'ensemble selon la catégorie d'établissements

À l'exception de catégories professionnels et techniciens, les centres hospitaliers de courte durée réunissent la majorité des employés des autres catégories. Lorsque l'on compare l'ensemble des centres hospitaliers de soins de longue durée à celui des centres hospitaliers à vocation psychiatrique, on retrouve à peu près le même nombre d'employés dans chacune des catégories sauf dans celle des techniciens.

Les centres de services sociaux se caractérisent par le nombre de professionnels, les centres d'accueil de réadaptation par celui des techniciens (éducateurs et techniciens en assistance-sociale), tandis que les centres d'accueil d'hébergement emploient principalement des assistants-techniciens (infirmières-auxiliaires et préposés aux bénéficiaires).

Les ressources matérielles

Afin d'illustrer l'importance des ressources matérielles disponibles, trois indicateurs ont été retenus : le nombre

d'établissements, le nombre de lits et le nombre de places d'accueil selon la catégorie d'établissements.*

Les établissements[1]

En 1982-83, le Québec comptait 221 centres hospitaliers dont 117 pour les soins de courte durée, 49 pour les soins de longue durée, 15 centres à vocation psychiatrique et 40 centres privés conventionnés. On dénombrait également 456 centres d'accueil dont 239 centres d'hébergement, 147 centres de réadaptation et 70 centres privés conventionnés.

Quant aux centres locaux de services communautaires, 126 sont maintenant en fonctionnement. Un total de 166 est prévu d'ici la fin de 1986. Enfin, il existe 17 centres de services sociaux, et une trentaine de centres hospitaliers de soins de courte durée qui possèdent un département de santé communautaire.

Les lits et places d'accueil

En 1982-83, 27 082 lits de soins de courte durée sont disponibles à la population (soit 4,1 lits pour 1 000 habitants) comparativement à 20 401 lits de soins de longue durée (3,1 lits pour 1 000 habitants). Les lits de soins de courte durée se retrouvent à plus de 90% dans les centres hospitaliers de soins de courte durée tandis que les lits de soins de longue durée se répartissent surtout entre les centres hospitaliers de soins de longue durée (54%) et les centres hospitaliers à vocation psychiatrique (25%). Par ailleurs, 43 337 places d'accueil sont disponibles ou occupées, soit 6,7 places pour 1 000 habitants ; les centres d'hébergement offrent deux fois plus de places que les centres de réadaptation, soit respectivement 24 733 et 11 699 places.

Si l'on considère l'ensemble des lits et des places d'accueil, on retrouve dans les centres hospitaliers de soins de courte durée, le plus grand nombre de places (30 544), suivis des centres d'accueil d'hébergement (24 733).

Les ressources matérielles et la répartition géographique

Le tableau 4.3 présente le nombre d'établissements, de lits et de places d'accueil, selon les différentes classes d'établissements et selon la répartition du territoire québécois en trois régions. Bien que le nombre d'établissements soit un indicateur intéressant en soi, il faut se garder de faire des comparaisons d'une région à l'autre puisque ces établissements varient en taille, vocation et ressources. Le nombre de lits et de places d'accueil devient un indice plus pertinent de la répartition des ressources matérielles.

Ce bref portrait ne rend pas justice à la complexité du réseau des affaires sociales qui contribue à sa richesse. Toutefois, ce bilan permet de présenter une vision globale des ressources de ce réseau.

1 Il s'agit des établissements qui ont produit un rapport financier annuel au ministère des Affaires sociales. Le dénombrement ne tient compte que de ces établissements. Ainsi, même si plusieurs pavillons sont rattachés à une institution, seule cette dernière est considérée dans le calcul.

* Il faut rappeler que les statistiques présentées dans cette section sont fonction de la disponibilité des données. Par exemple, le choix du nombre de places d'accueil en établissement comme indicateur ne tient pas compte ni des foyers, ni des familles d'accueil.

Tableau 4.3 Nombre d'établissements, de lits et de places dressés selon la classe d'établissements et la région, Québec, 1982-83.

	CHSCD	CHSLD	CHPSY	CLSC	CSS	CAR	CAH	Ensemble
Établissements								
Région 1	32	40	4	17	3	56	55	207
Région 2	46	36	5	41	4	67	162	361
Région 3	41	11	6	44	7	35	81	225
Total	119	87	15	102	14	158	298	793
Lits dressés[1]								
Région 1	11 200	5 885	3 907	—	—	—	—	20 992
Région 2	10 674	3 496	2 227	152	—	—	—	16 549
Région 3	6 828	1 890	786	438	—	—	—	9 942
Total	28 702	11 271	6 920	590	—	—	—	47 483
Places d'accueil[1]								
Région 1	449	1 081	188	175	—	4 443	8 034	14 370
Région 2	1 094	476	1 945	78	—	4 906	12 999	21 498
Région 3	299	594	466	60	—	2 037	5 511	8 967
Total	1 842	2 151	2 599	313	—	11 386	26 544	44 835

(1) Lits ou places dotés en personnel et disponibles pour recevoir un patient.

Région 1 : Montréal métropolitain.

Région 2 : Québec, Estrie, Laurentide-Lanaudière et Montérégie.

Région 3 : Bas St-Laurent-Gaspésie, Saguenay-Lac St-Jean, Trois-Rivières, Outaouais, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord et Nouveau-Québec.

Source : Rapports statistiques annuels produits par les établissements du réseau des Affaires sociales, 1982-83.

5

LES COÛTS

En 1982-1983, le ministère des Affaires sociales a déboursé 6,8 milliards de dollars pour l'ensemble de ses activités. Ce chapitre détaille ce montant selon les centres de responsabilités (centres hospitaliers, CLSC, etc.) et les domaines d'activités (activités préventives, diagnostiques, etc.) Avant d'aborder directement ces questions, une analyse sommaire situe l'importance des coûts reliés aux affaires sociales parmi l'ensemble des dépenses publiques.

Les affaires sociales et l'ensemble des dépenses publiques

Les missions

Au Québec, les dépenses publiques sont divisées en quatre grandes missions : économique, éducative et culturelle, gouvernementale et administrative ainsi que sociale. En 1984-85, les **Crédits publics du Québec** prévoient des dépenses de 25,6 milliards de dollars pour ces quatre missions c'est-à-dire 25,5% du produit intérieur brut québécois (tableau 5.1).

La mission sociale est la plus importante en fonction des coûts avec 39,3% du total soit 10 milliards de dollars (graphique 5.1).

Les domaines de la mission sociale

Les dépenses relatives à la mission sociale sont réparties en trois grands domaines : habitation, sécurité du revenu, santé et adaptation sociale. Le dernier domaine est celui qui s'approche le plus du champ d'intervention du ministère des Affaires sociales. Par rapport à l'ensemble des coûts consacrés à la mission sociale, le domaine santé et adaptation sociale prend 71,6% au total en 1984-1985, soit 7,2 milliards de dollars c'est-à-dire environ 1 100 par habitant (tableau 5.2 et graphique 5.2)

Les secteurs du domaine santé et adaptation sociale

Le domaine santé et adaptation sociale est ventilé en quatre secteurs, soit prévention et amélioration, recouvrement de la santé, réadaptation sociale ainsi qu'administration et services.

Le premier secteur, prévention et amélioration, est responsable de 4,7% des dépenses consacrées au domaine santé et adaptation sociale (graphique 5.3). Ce secteur regroupe les dépenses reliées aux CLSC, au soutien des organismes bénévoles et à la protection du milieu. Le second secteur, recouvrement de la santé, comprend les services en centres hospitaliers ainsi que le régime d'assurance-maladie. Il s'agit du secteur le plus important en fonction des coûts avec 68,0% du domaine soit 4,9 mil-

liards de dollars en 1984-1985 (tableau 5.3). Quant à la réadaptation sociale, elle a coûté 1,8 milliards de dollars, soit 24,6% du domaine concerné. Ce secteur réunit les dépenses en centres d'accueil ainsi que les montants consacrés aux relations avec les citoyens et à l'Office des personnes handicapées. Enfin, le dernier secteur, administration et services, englobe la coordination de la recherche, la coordination régionale et nationale, la direction et la gestion des programmes d'affaires sociales et de l'Office des services de garde à l'enfance. Ce secteur ne couvre que 2,7% du domaine santé et adaptation sociale en 1984-85.

Les dépenses du ministère des Affaires sociales

La section précédente présente l'évolution des dépenses en affaires sociales, quel que soit le ministère impliqué, selon les grands secteurs, domaines et missions. Cette partie se centre sur les dépenses du ministère des Affaires sociales pour l'année financière 1982-83. Cela permet une analyse plus fine de ces dépenses en fonction du type d'établissement ou du genre d'activité.

L'analyse des dépenses tient en compte les montants consacrés à la Régie de l'assurance-maladie du Québec mais exclut les dépenses relatives aux programmes de sécurité du revenu, ceux-ci relevant du ministère de la Main d'oeuvre depuis 1981.

La présentation des dépenses se fera de deux façons : la première, la plus classique, tient compte du type d'établissement (c'est-à-dire le centre de responsabilité) ; la seconde, par domaine d'activités, permet de distinguer le genre d'activités[1] (préventives, diagnostiques, thérapeutiques, etc.). Enfin, une troisième partie présente les dépenses de la Régie de l'assurance-maladie du Québec par programme.

1 Ne pas confondre avec les grands domaines de la mission sociale du gouvernement présentés dans la première section.

Par type d'établissement

En 1982-83, les dépenses du ministère des Affaires sociales atteignent 6,8 milliards de dollars (tableau 5.4). De ce montant, les centres hospitaliers de courte durée absorbent 44,6% (graphique 5.4), soit 3 milliards de dollars ou 465 per capita. De ce montant, 73% est affecté à la rémunération du personnel. C'est d'ailleurs la proportion moyenne de la rémunération de l'ensemble des établissements ; elle varie de 70% à 80% selon le type d'établissement. Quant aux deux autres types de centres hospitaliers, les centres de soins de longue durée et à vocation psychiatrique, ils sont responsables respectivement de 7,5% et 6,5% de l'ensemble des dépenses.

Les centres d'accueil ont coûté, en 1982-83, 952 millions de dollars, soit 14,1% de l'ensemble des coûts. Ce montant se répartit à peu près également entre les deux catégories de centres d'accueil, soit 52,7% pour les centres de réadaptation et 47,3% pour les centres d'hébergement. Les centres de services sociaux prennent 3,3% du total comparativement à 2,9% pour les CLSC.

Enfin, les programmes de la Régie de l'assurance-maladie ont coûté 1,3 milliards de dollars, soit près d'un cinquième de l'ensemble des coûts. La dernière partie de ce chapitre présente les coûts des différents programmes administrés par la Régie pour le ministère des Affaires sociales.

Par domaines d'activités

Pour les besoins de l'analyse, neuf domaines ont été retenus, le neuvième étant constitué des activités n'entrant pas dans les huit premières catégories. On distingue donc des activités préventives, diagnostiques, thérapeutiques selon qu'elles sont physiques ou psychiques, des

1 Les domaines d'activités ont été définis par le regroupement des centres d'activités utilisé dans les rapports financiers et par l'imputation d'autres dépenses non incluses dans ces rapports. Il s'agit de définitions opérationnelles susceptibles de changer dans le temps ou selon les besoins des utilisateurs. Les définitions proposées étaient utilisées par la Direction de l'évaluation des programmes au moment où a été conçu le document.

activités de réadaptation, celles de soutien et de protection, des activités administratives et des activités d'appoint (tableau 5.5).

Les activités préventives

Il s'agit de l'ensemble des activités reliées à des programmes et des services visant le maintien, la promotion et l'amélioration de la santé physique et mentale des individus ou des clientèles-cibles, que ce soit en milieu institutionnel, en milieu de travail, à l'école ou à domicile. Parmi les activités préventives, on retrouve la promotion, l'éducation, la surveillance, le dépistage, la vaccination, l'immunisation, l'information et le contrôle, surtout au niveau de la périnatalité, de la population scolaire et des travailleurs.

En 1982-1983, 125 millions de dollars sont consacrés à ce chapitre, soit 1,9% de l'ensemble des coûts (graphique 5.5).

Les activités diagnostiques

L'ensemble des activités reliées à ce domaine sont de deux types :

- la préparation, l'enregistrement et l'interprétation de données relatives aux fonctions cardiaque et neurologique, que ce soit à l'aide de procédés d'exploration instrumentale, ou grâce à l'utilisation de substances radioactives et de rayons X ;
- Le prélèvement et l'analyse d'échantillons en vue d'en déterminer les constituants et d'en interpréter les résultats.

Ces activités prennent 8,0% du coût total, c'est-à-dire 538 millions de dollars, soit 83 par habitant.

Les activités thérapeutiques physiques

Ce sont les activités reliées à la dispensation de soins infirmiers et de services professionnels en vue de répondre à des besoins d'ordre physique. Ces soins peuvent être prodigués à des patients sur pied, que ce soit en établissement, en cabinet ou à domicile, ou encore à des patients requérant des soins de courte durée ou de longue durée pour malades chroniques ou convalescents.

Il s'agit de la catégorie la plus importante en fonction des coûts avec 30,4% des dépenses, soit plus de 2 milliards de dollars. Ce montant correspond à un coût moyen de 318 par habitant.

Les activités thérapeutiques psychiques

Ces activités sont reliées à la dispensation de soins infirmiers et de services professionnels en vue de répondre à des besoins d'ordre psychiatrique. Ces soins peuvent être prodigués à des patients sur pied, que ce soit en centres de jour, en familles d'accueil ou ailleurs, ou encore à des patients hospitalisés pour maladies aiguës psychiatriques dans des unités de soins psychiatriques de courte durée ou, pour une longue période, dans des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie.

En 1982-1983, ces activités correspondent à 3,7% du montant total, soit 250 millions de dollars.

Les activités de réadaptation

Les activités regroupées dans ce domaine sont de trois ordres :

Rétablissement de facultés physiques

Ensemble des activités reliées à l'orientation, à la réadaptation et au traitement ; à l'aide de moyens physiques des personnes atteintes de déficiences physiques, mentales, visuelles ou auditives. Ces activités ont pour objectif de rétablir les facultés physiques, ou d'atteindre un fonctionnement physique maximal.

Rétablissement des facultés psychiques

Ensemble des activités reliées à l'orientation, à la réadaptation et au traitement des alcooliques, toxicomanes, déficients intellectuels ou toute autre personne souffrant de troubles psychologiques, que ce soit en consultation externe ou en milieu hospitalier en vue de rétablir leurs facultés psychiques affaiblies ou d'améliorer leur comportement psychologique.

Rétablissement des comportements sociaux

Ensemble des activités reliées à l'animation, à l'information, à l'éducation et à l'assistance d'ordre psychosocial. Elles sont dirigées vers des individus ou des groupes afin d'accroître leur autonomie, de les aider à résoudre leurs problèmes et à surmonter les obstacles du milieu, et leur

permettre de participer à la solution de leurs problèmes socio-économiques. Le but visé est l'intégration et la réadaptation sociale, ou l'amélioration des comportements sociaux et du fonctionnement en milieu naturel.

Les activités de réadaptation coûtent 438 millions de dollars en 1982-1983, soit 68 par habitant. Ce montant comprend 6,5% du coût total.

Les activités de soutien et de protection

Ce domaine regroupe l'ensemble des activités reliées :

- aux services d'aide aux personnes et aux groupes en vue du maintien, de la préservation et du développement de leur qualité de vie ;
- à l'assistance quotidienne relative au bien-être des bénéficiaires en établissement ;
- à l'évaluation de ressources non institutionnelles et à la prise en charge des enfants (moins de 18 ans) abandonnés ou victimes de violence en vue de leur fournir un milieu de vie substitut de façon permanente ou temporaire, ou de favoriser leur retour dans leur milieu de vie naturel ;
- à l'évaluation de ressources non institutionnelles et à la prise en charge des adultes (18 à 65 ans) et personnes âgées (65 ans et plus) séparés de leur milieu naturel, en vue d'assurer leur autonomie et de leur fournir une protection sociale adéquate ;
- à la dispensation des services sociaux aux autochtones afin de favoriser leur autonomie et de leur assurer une protection sociale adéquate.

Avec seulement 3,5% de l'ensemble des dépenses, les activités de cette catégorie prennent 239 millions de dollars.

Les activités administratives

Ce domaine correspond à l'ensemble des activités reliées à :

- la gestion administrative générale des établissements ainsi qu'à l'administration et à la gestion des programmes et des services professionnels et auxiliaires, des ressources humaines, matérielles et financières ;
- l'amélioration de l'accessibilité physique et psychologique de la population aux services offerts ;
- la conservation et l'exploitation des données financières hospitalières et médicales, souvent à l'aide d'équipements informatiques.

Les activités administratives prennent une part importante des dépenses : 14,3% pour un total de 964 millions de dollars.

Les activités d'appoint

Cette catégorie comprend les activités reliées :

- aux coûts des projets de recherche et des projets pilotes financés soit par un organisme privé, soit par un organisme gouvernemental ;
- à la documentation, à l'enseignement, au perfectionnement et à la formation des internes et des résidents ainsi que tout autre stagiaire dans les établissements ;
- à l'hôtellerie, soit le transport des malades, l'alimentation des patients et du personnel, la buanderie, la lingerie et la literie ainsi que l'entretien ménager ;
- au fonctionnement des installations, c'est-à-dire à l'entretien et à la réparation des immeubles, à la sécurité, aux parcs de stationnement, au transport utilitaire, au loyer, etc. ;
- à l'équipement, au service de la dette et à l'augmentation nette des immobilisations.

Il s'agit du second domaine en importance en fonction des coûts avec 20,9% du coût total. Ces activités ont atteint la somme de 1,4 milliards de dollars en 1982-1983.

Les programmes administrés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec

Cette section constitue en quelque sorte un complément aux deux sections précédentes. La Régie, considérée comme un centre de responsabilité, administre des programmes qui touchent à tous les domaines d'activités à l'exception des activités de soutien et de protection. Le concept de programme et la qualité des données permettent une présentation particulière des dépenses de cet organisme dont les programmes ont pris près de 20% du coût total du ministère en 1982-83. Les données présentées ici correspondent à l'année financière 1983-84.

Cinq programmes retiennent l'attention : les programmes des services médicaux, optométriques, dentaires et pharmaceutiques ainsi que le programme consacré aux prothèses et orthèses.

Les services médicaux sont de loin les plus importants lorsque l'on considère les coûts, avec plus de 70% des dépenses de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, soit 1,2 milliards de dollars (tableau 5.6 et graphique 5.6).

Vient en second rang, le programme de médicaments et de services pharmaceutiques pour les bénéficiaires de l'aide sociale et les personnes âgées de 65 ans ou plus, avec 10,9% du coût total des programmes administrés par la Régie. Les services dentaires couvrent l'ensemble de la population pour les services de chirurgie buccale en milieu hospitalier, et plus particulièrement les enfants de moins de 16 ans et les bénéficiaires de l'aide sociale avec une couverture plus large des services. Ces services coûtent plus de 100 millions de dollars en 1983-1984, soit 6,1% de l'ensemble. Les services optométriques dépassent les 30 millions de dollars, mais comprennent moins de 2% du total des coûts. Enfin, le programme des prothèses et d'orthèses a coûté 16 millions de dollars, soit un peu moins de 1% de l'ensemble des dépenses.

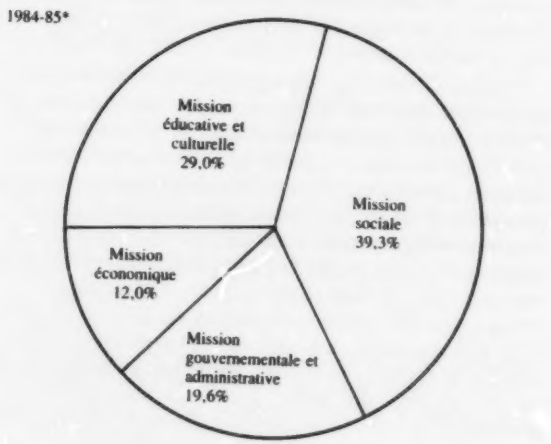
Tableau 5.1 Dépenses gouvernementales selon la mission, Québec, 1984-85.

MISSIONS Indicateurs	1984-85*
Mission économique	
Dépenses (,000 $)	3 074 935
Per capita ($)	469,36
% PIB	3,05
Mission éducative et culturelle	
Dépenses (,000 $)	7 445 653
Per capita ($)	1 136,50
% PIB	7,40
Mission sociale	
Dépenses (,000 $)	10 087 213
Per capita ($)	1 539,71
% PIB	10,02
Mission gouvernementale et administrative	
Dépenses (,000 $)	5 032 199
Per capita ($)	768,11
% PIB	5,00
Ensemble des missions	
Dépenses (,000 $)	25 640 000
Per capita ($)	3 913,69
% PIB	25,47

* Crédits

Source: *Crédits publics du Québec*, 1984-85.

Graphique 5.1 Répartition des dépenses gouvernementales selon la mission, Québec, 1984-85.



* Crédits

Source: Tableau 5.1.

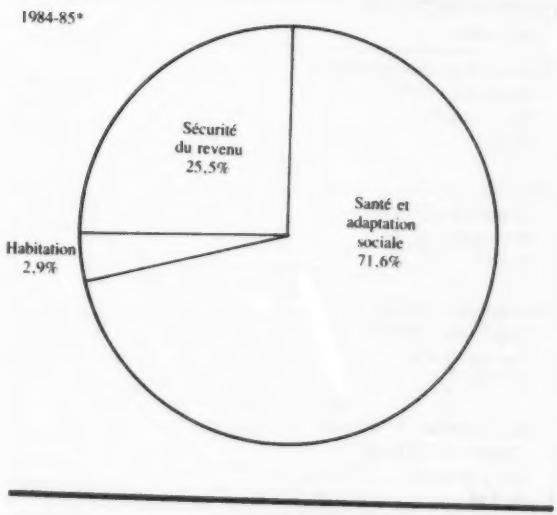
Tableau 5.2 Dépenses consacrées à la mission sociale selon le grand domaine, Québec, 1984-85.

GRANDS DOMAINES Indicateurs	1984-85*
Sécurité du revenu	
Dépenses (,000 $)	2 576 269
Per capita ($)	393,24
% PIB	2,56
Santé et adaptation sociale	
Dépenses (,000 $)	7 220 438
Per capita ($)	1 102,13
% PIB	7,17
Habitation	
Dépenses (,000 $)	290 506
Per capita ($)	44,34
% PIB	0,29

* Crédits

Source : *Crédits publics du Québec*, 1984-85.

Graphique 5.2: Répartition des dépenses consacrées à la mission sociale selon le grand domaine, Québec, 1984-85.



* Crédits

Source : Tableau 5.2.

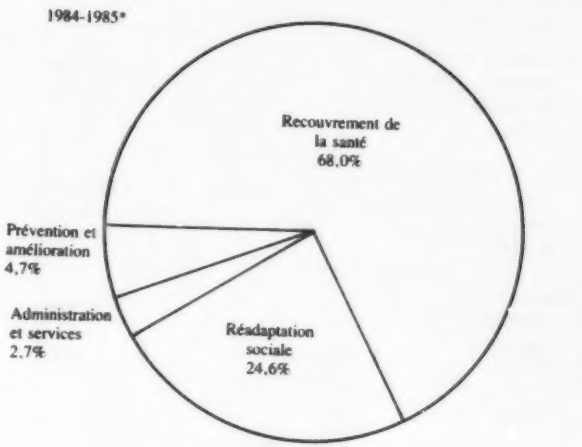
Tableau 5.3 Dépenses consacrées au domaine Santé et adaptation sociale selon le grand secteur, Québec, 1984-85.

GRANDS SECTEURS Indicateurs	1984-85*
Prévention et amélioration	
Dépenses (,000 $)	340 718
Per capita ($)	52,01
% PIB	0,34
Recouvrement de la santé	
Dépenses (,000 $)	4 908 354
Per capita ($)	749,21
% PIB	4,88
Réadaptation sociale	
Dépenses (,000 $)	1 773 504
Per capita ($)	270,71
% PIB	1,76
Administration et services	
Dépenses (,000 $)	197 862
Per capita ($)	30,20
% PIB	0,20

* Crédits

Source : *Crédits publics du Québec*, 1984-85.

Graphique 5.3 Répartition des dépenses consacrées au domaine Santé et adaptation sociale selon le grand secteur, Québec, 1984-85.



* Crédits

Source : Tableau 5.3.

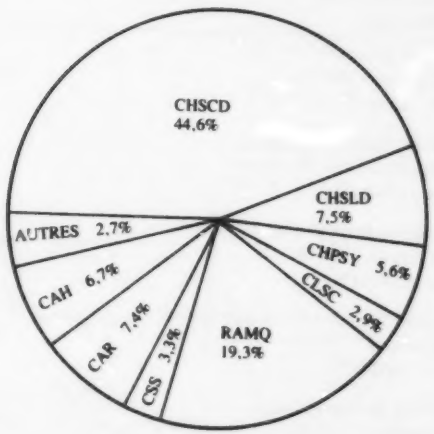
Tableau 5.4 Dépenses du ministère des Affaires sociales selon le centre de responsabilités, Québec, 1982-83.

CENTRES DE RESPONSABILITÉS Indicateurs	1982-83
CHSCD	
Dépenses (,000 $)	3 015 314
Per capita ($)	465,42
CHSLD	
Dépenses (,000 $)	505 254
Per capita ($)	77,99
CHPSY	
Dépenses (,000 $)	379 690
Per capita ($)	58,61
CLSC	
Dépenses (,000 $)	198 565
Per capita ($)	30,65
RAMQ	
Dépenses (,000 $)	1 305 248
Per capita ($)	201,47
CSS	
Dépenses (,000 $)	221 194
Per capita ($)	34,14
CAR	
Dépenses (,000 $)	501 162
Per capita ($)	77,36
CAH	
Dépenses (,000 $)	451 254
Per capita ($)	69,65
AUTRES[1]	
Dépenses (,000 $)	183 690
Per capita ($)	28,35
ENSEMBLE DES CENTRES DE RESPONSABILITÉS	
Dépenses (,000 $)	6 761 370
Per capita ($)	1 043,63

1 CRSSS, direction et gestion du MAS, organismes bénévoles, subventions aux universités (recherche).

Source: Base de données financières, service des études opérationnelles, direction de l'évaluation des programmes, MAS, 1982-83.

Graphique 5.4 Répartition des dépenses du ministère des Affaires sociales selon le centre de responsabilités, Québec, 1982-83.



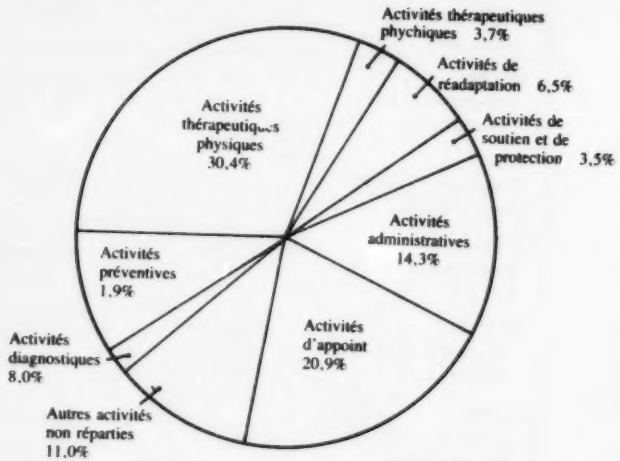
Source: Tableau 5.4.

Tableau 5.5 Dépenses du ministère des Affaires sociales selon le domaine d'activités, Québec, 1982-83.

DOMAINES D'ACTIVITÉS Indicateurs	1982-83
Activités préventives	
Dépenses (,000 $)	125 001
Per capita ($)	19,29
Activités diagnostiques	
Dépenses (,000 $)	537 776
Per capita ($)	83,01
Activités thérapeutiques physiques	
Dépenses (,000 $)	2 057 259
Per capita ($)	317,54
Activités thérapeutiques psychiques	
Dépenses (,000 $)	250 001
Per capita ($)	38,59
Activités de réadaptation	
Dépenses (,000 $)	437 619
Per capita ($)	67,55
Activités de soutien et de protection	
Dépenses (,000 $)	239 097
Per capita ($)	36,91
Activités administratives	
Dépenses (,000 $)	963 547
Per capita ($)	148,73
Activités d'appoint	
Dépenses (,000 $)	1 409 788
Per capita ($)	217,60
Autres activités non réparties	
Dépenses (,000 $)	741 283
Per capita ($)	114,42
ENSEMLE DES DOMAINES D'ACTIVITÉS	
Dépenses (,000 $)	6 761 370
Per capita ($)	1 043,63

Source : Base de données financières, service des études opérationnelles, direction de l'évaluation des programmes, MAS, 1982-83.

Graphique 5.5 Répartition des dépenses du ministère des Affaires sociales selon le domaine d'activités, Québec, 1982-83.



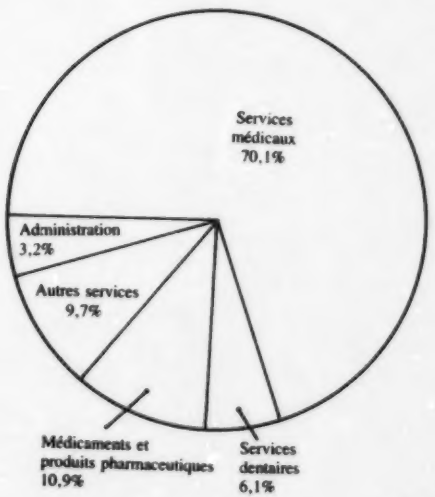
Source : Tableau 5.5.

Tableau 5.6 Dépenses consacrées au régime d'assurance-maladie selon le programme administré, Québec, 1983-84.

PROGRAMMES ADMINISTRÉS Indicateurs	1983-84
Services médicaux Dépenses (,000 $)	1 149 213
Services optométriques Dépenses (,000 $)	30 825
Services dentaires Dépenses (,000 $)	100 418
Médicaments et services pharmaceutiques Dépenses (,000 $)	178 411
Prothèses et orthèses Dépenses (,000 $)	16 166
Autres services Dépenses (,000 $)	112 525
Administration Dépenses (,000 $)	53 023
ENSEMBLE DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RAMQ Dépenses (,000 $)	1 640 581

Source : *Rapport annuel de la RAMQ*, 1983-84.

Graphique 5.6 Répartition des dépenses de la Régie de l'assurance-maladie selon le programme administré, Québec, 1983-84.



Source : Tableau 5.6.

6

ANNEXES

Liste des tableaux

Chapitre 2

TABLEAU 2.1 Évolution de l'espérance de vie et de la mortalité, Québec, 1951 à 1981.

TABLEAU 2.2 Espérance de vie à la naissance (en années) selon le sexe et l'origine ethnique, Québec, 1950-1952 à 1970-1972.

TABLEAU 2.3 Journées d'hospitalisation en soins de courte durée selon les principaux groupes de diagnostics, le sexe et le groupe d'âge, Québec, 1980.

TABLEAU 2.4 Les 20 diagnostics les plus fréquents lors d'examens effectués au cabinet, à domicile, auprès des malades inscrits au centre d'accueil ou au centre hospitalier de soins de longue durée, régime de l'assurance-maladie, rémunération à l'acte, Québec, 1983.

Chapitre 3

TABLEAU 3.1 Admissions en centres hospitaliers selon la catégorie de soins et la classe d'établissements, Québec, 1982-83.

TABLEAU 3.2 Jours-présence en centres hospitaliers selon la catégorie de soins et la classe d'établissements, Québec, 1982-83.

TABLEAU 3.3 Personnes hébergées selon le sexe et le groupe d'âges, Québec, 1983.

TABLEAU 3.4 Jours-présence en réadaptation selon la catégorie de centres d'accueil, Québec, 1982-83.

TABLEAU 3.5 Utilisation des services en centres de santé selon la catégorie de soins, Québec, 1982-83.

TABLEAU 3.6 Bénéficiaires des services en centres de services sociaux selon le type de services et la catégorie de clientèles, Québec, 1982-83.

TABLEAU 3.7 Nombre de participants et taux de participation aux programmes administrés par la Régie de l'assurance-maladie, Québec, 1983.

TABLEAU 3.8 Nombre de contacts-patients par habitant, Régie de l'assurance-maladie, rémunération à l'acte, Québec, 1983.

Chapitre 4

TABLEAU 4.1a Personnel syndicable selon la classe d'établissements et la catégorie d'emplois, Québec, 1982-83.

TABLEAU 4.1b Répartition des cadres par catégorie d'établissements et catégorie de cadres, en équivalent temps plein, Québec, 1982-83.

TABLEAU 4.2 Lits et places disponibles selon le type de soins et la classe d'établissements, Québec, 1982-83.

TABLEAU 4.3 Nombre d'établissements, de lits et de places dressés selon la classe d'établissements et la région, Québec, 1982-83.

Chapitre 5

TABLEAU 5.1 Dépenses gouvernementales selon la mission, Québec, 1984-85.
TABLEAU 5.2 Dépenses consacrées à la mission sociale selon le grand domaine, Québec, 1984-85.
TABLEAU 5.3 Dépenses consacrées au domaine Santé et adaptation sociale selon le grand secteur, Québec, 1984-85.
TABLEAU 5.4 Dépenses du ministère des Affaires sociales selon le centre de responsabilités, Québec, 1982-83.
TABLEAU 5.5 Dépenses du ministère des Affaires sociales selon le domaine d'activités, Québec, 1982-83.
TABLEAU 5.6 Dépenses consacrées au régime d'assurance-maladie selon le programme administré, Québec, 1983-84.

Liste des graphiques

Chapitre 2

GRAPHIQUE 2.1 Pyramides des âges, Québec, 1961, 1981, 2001.

GRAPHIQUE 2.2 Pyramides des âges, bénéficiaires de l'aide sociale, Québec, 1979, 1983.

GRAPHIQUE 2.3 Évolution de l'espérance de vie à la naissance, Québec, 1951 à 1981.

GRAPHIQUE 2.4 Espérance de vie totale et espérance de vie en bonne santé à la naissance selon le sexe, Québec, 1980.

GRAPHIQUE 2.5 Mortalité relative chez les hommes âgés de 25 à 64 ans selon la catégorie socio-professionnelle, Québec, 1984.

GRAPHIQUE 2.6 Répartition (%) des causes de décès, Québec, 1950-52 et 1979-80.

Chapitre 4

GRAPHIQUE 4.1 Répartition de la population et des professionnels de la santé selon la catégorie de professionnels et la région, Québec, 1983.

Chapitre 5

GRAPHIQUE 5.1 Répartition des dépenses gouvernementales selon la mission, Québec, 1984-85.

GRAPHIQUE 5.2 Répartition des dépenses consacrées à la mission sociale selon le grand domaine, Québec, 1984-85.

GRAPHIQUE 5.3 Répartition des dépenses consacrées au domaine Santé et adaptation sociale selon le grand secteur, Québec, 1984-85.

GRAPHIQUE 5.4 Répartition des dépenses du ministère des Affaires sociales selon le centre de responsabilités, Québec, 1982-83.

GRAPHIQUE 5.5 Répartition des dépenses du ministère des Affaires sociales selon le domaine d'activités, Québec, 1982-83.

GRAPHIQUE 5.6 Répartition des dépenses de la Régie de l'assurance-maladie selon le programme administré, Québec, 1983-84.

Liste des sigles utilisés

BSQ	Bureau de la Statistique du Québec
CAH	Centre d'accueil d'hébergement
CAR	Centre d'accueil de réadaptation
CAT	Centre d'accueil de transition
CHSCD	Centre hospitalier de soins de courte durée
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CH PSY	Centre hospitalier à vocation psychiatrique
CLSC	Centre local de services communautaires
CRSSS	Conseil régional de santé et de services sociaux
CSS	Centre de services sociaux
c/a	Centre d'activité
DSC	Département de santé communautaire
ETP	Equivalent temps plein
MAS	Ministère des Affaires sociales
OIIQ	Office des infirmières et infirmiers du Québec
PIB	Produit intérieur brut
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec
RREGOP	Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics
STATCAN	Statistique Canada
TC	Temps complet
TP	Temps partiel

Lois administrées par le ministre des Affaires sociales

Loi sur le ministère des Affaires sociales
L.R.Q., chap. M-23

Loi sur le Conseil des affaires sociales et de la famille
L.R.Q., chap. C-57

Loi sur les services de santé et les services sociaux
L.R.Q., chap. S-5

Loi sur l'assurance-maladie
L.R.Q., chap. A-29

Loi sur l'organisation des parties patronales et syndicales aux fins des négociations collectives dans les secteurs de l'éducation, des affaires sociales et des organismes gouvernementaux
L.R.Q., chap. 0-7.1

Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec
L.R.Q., chap. R-5

Loi sur l'assurance-hospitalisation
L.R.Q., chap. A-28

Loi sur la protection de la jeunesse
L.R.Q., chap. P-34.1

Loi sur la protection de la santé publique
L.R.Q. chap. P-35

Loi sur la protection du malade mental
L.R.Q., chap. P-41

Loi sur les inhumations et les exhumations
L.R.Q., chap. I-11

Loi sur les cimetières non catholiques
L.R.Q., chap. C-17

Loi approuvant la Convention de la Baie James et du Nord québécois
L.R.Q., chap. C-67

Loi approuvant la Convention du Nord-Est québécois
L.R.Q., chap. C-67.1